

N° 16

DES
PROCIDENCES DES MEMBRES

DANS LES

PRÉSENTATIONS DU SOMMET ET DE LA FACE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mai 1883

Par J. EYSSAUTIER

Né à MARSEILLE

INTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES

ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL, DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES.

DE LA SOCIÉTÉ LANGUEDOCIENNE DE GÉOGRAPHIE.

1883

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ☼ ✚..... DOYEN
 CASTAN } ASSESSEURS
 COMBAL ☼ }

PROFESSEURS :

Opérations et Appareils.....	MM. BOUISSON. O ☼ ✚, Doct. Ho.
Pathologie externe.....	BOYER ☼.
Accouchements.....	DUMAS ☼.
Clinique médicale.....	DUPRÉ ☼ C ✚.
Anatomie.....	BENOIT ☼ ✚.
Clinique chirurgicale.....	COURTY ☼.
Clinique médicale.....	COMBAL ☼ ✚.
Clinique des maladies mentales et nerveuses...	CAVALIER ☼.
Physique médicale.....	MOITESSIER ☼.
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL ☼.
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON ☼ ✚.
Physiologie (Chargé du Cours).....	LANNEGRACE.

MARTINS (O ☼) FONSSAGRIVES (O ☼), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.	MM. CARRIEU.	MM. MORIEZ.
PECHOLIER.	MAIRET.	REGIMBEAU ☼.
GRYNFELTT.	CHALOT.	TÉDENAT.
DE GIRARD.	BIMAR.	DUMAS fils.
SERRE.	LANNEGRACE.	
ROUSTAN.	MOSSÉ.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DUMAS, *président* ;
 CASTAN, *professeur* ;
 GRYNFELTT, *agrégé* ;
 ROUSTAN, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

Le Docteur DEBLIEU

J. EYSSAUTIER.

A Monsieur le Dr COMBALAT

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'École de Marseille.

*Permettez-moi de vous offrir ici un
témoignage de ma reconnaissance pour
les soins que vous m'avez prodigués dans
ma grave maladie et les sages conseils
que vous m'avez donnés pendant mes
études médicales.*

A Monsieur le Docteur P. DESPINE

A Monsieur le Dr MÉTAXAS

A MM. LES PROFESSEURS

ROUSSET ET VILLENEUVE FILS

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Marseille

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DUMAS

J. EYSSAUTIER.

DES

PROCIDENCES DES MEMBRES

DANS LES

PRÉSENTATIONS DU SOMMET ET DE LA FACE

INTRODUCTION.

On désigne sous le nom de *procidence*, de prolapsus, l'issue prématurée, soit du cordon ombilical, soit d'un ou plusieurs membres du fœtus, avant ou en même temps que la partie qui se présente.

La procidence du cordon est assez fréquente ; à cause de sa grande mobilité et de sa longueur, la partie moyenne de cet organe n'a pas dans l'utérus de position bien déterminée par rapport à celle du fœtus. Elle tend toujours à descendre aussi bas que le lui permettent sa longueur et la hauteur des points d'insertion de ses extrémités. Quand elle franchit le col, c'est vraiment une procidence, une chute : le cordon tombe entre la paroi du conduit vulvo-utérin et la partie fœtale.

Les membres, au contraire, sont habituellement fléchis et croisés au-devant du tronc. Le fœtus est pelotonné sur lui-même, de façon à représenter une masse ovoïde dont le grand axe coïncide à peu près avec le grand axe de la cavité également ovoïde qui le contient.

Cette attitude verticale du fœtus est suffisamment démontrée par cette raison d'ordre tout mécanique qu'a donnée Wigand, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir le poids relatif de ses diverses parties ou des déterminations instinctives de sa part (P. Dubois).

Elle explique aussi pourquoi, quand il a été écarté accidentellement de sa position habituelle, le fœtus tend constamment à la reprendre. Mais ces mouvements ne sont possibles que par l'intermédiaire du liquide amniotique, grâce auquel il jouit toujours d'une certaine mobilité, même lorsqu'il a atteint son plus grand développement.

A moins d'être très abondant, ce liquide n'isole pas complètement le fœtus des parois de l'utérus. Il en résulte que dans les derniers temps de la grossesse, les mouvements de totalité, les changements de présentation, sa culbute même, se produisent plus difficilement qu'avant cette époque, quoique cependant on en puisse citer un certain nombre d'exemples. Les mouvements isolés des membres et surtout de leurs extrémités terminales sont au contraire facilités par cette atmosphère liquide qui entoure le fœtus et tient la paroi utérine éloignée de lui. Ces extrémités sont tournées du côté de la concavité qu'il forme, et l'utérus ne peut venir s'appliquer sur cette concavité, formée par la poitrine et l'abdomen, aussi exactement que sur le dos et les fesses.

Il n'est donc pas étonnant que, comme le cordon, les membres abandonnent quelquefois leur position habituelle et viennent faire procidence sous l'influence de causes que nous étudierons plus loin.

Nous avons choisi ce sujet de thèse à l'occasion de quelques cas de procidences incomplètes que nous avons observées pendant notre internat à la Maternité de Marseille. C'étaient des procidences légères qui n'exigèrent aucune intervention et qui ne méritent pas d'être rappelées à côté des cas plus graves que contiennent les annales de cet hôpital, où nous avons puisé la plupart des observations que nous avons publiées.

Nous prions M. le Dr Magail, professeur de clinique obstétricale, de recevoir sous ses auspices un travail qu'il nous a encouragé à poursuivre; notre respectueuse reconnaissance lui est acquise pour ses bons conseils et la bienveillance avec laquelle il a mis sa bibliothèque à notre disposition.

Mon excellent ami le Dr Alezais a facilité mes recherches dans les observations de la Maternité, en me permettant de consulter le classement et le résumé qu'il en a fait le premier, vrai fil d'Ariane qui m'a guidé au milieu de ce vaste recueil de documents ; je le prie d'en agréer ici mes remerciements publics.

CHAPITRE PREMIER.

DES PROCIDENCES DES MEMBRES.

Nous avons défini les procidences des membres : leur issue prématurée avant ou en même temps que la partie qui se présente ; mais tous les cas où l'on constate cette issue ne doivent pas être compris dans cette définition.

Depuis M^{me} Lachapelle, qui dit que les extrémités supérieures et inférieures ne peuvent, vu leur ténuité et leur mobilité, constituer une présentation particulière, et depuis surtout que la classification des présentations donnée par Nœgelé et P. Dubois est universellement adoptée, tous les auteurs sont unanimes à ne pas considérer comme un accident les procidences des membres supérieurs et inférieurs dans les présentations correspondantes de l'épaule et du pelvis. Baudelocque en avait fait des présentations particulières ; depuis longtemps, on les regarde seulement comme des variétés de ces présentations. Peu importe en effet que le membre se défléchisse si l'épaule ou la fesse, la racine, en un mot, de ce membre se présente seule au centre du détroit

supérieur. Il n'y aura pas de modifications importantes et essentielles apportées au mécanisme de l'accouchement.

Ces procidences ont été appelées physiologiques, tandis que toutes les autres, qui donnent à l'accouchement un caractère anormal, peuvent être dites pathologiques. Les procidences physiologiques sont importantes à distinguer au point de vue qui nous occupe, parce qu'elles s'accompagnent, pour l'épaule surtout, des accouchements laborieux, et que tantôt elles facilitent le diagnostic, tantôt elles peuvent l'égarer, quand ce ne sont pas le pelvis ou l'épaule qui se présentent en réalité.

Dans les présentations de l'épaule, les procidences ne sont physiologiques que quand le membre qui fait issue est le bras correspondant; on pourrait voir apparaître la main de l'autre côté.

On peut encore, dans les mêmes présentations, observer la procidence des membres inférieurs. Depaul l'affirme dans ses *Leçons de Clinique obstétricale*, pag. 636; on n'en trouve cependant aucun cas dans son tableau général des procidences. Je n'en ai moi-même relevé aucune dans les 7,081 observations d'accouchements de la Maternité de Marseille.

Dans les présentations du pelvis, la procidence est physiologique, quel que soit le membre inférieur qui vienne au dehors. On a toujours affaire à l'extrémité pelvienne du fœtus, tandis que, dans la présentation du tronc, si une épaule vient à l'orifice du col, l'autre est forcément du côté opposé.

Un membre supérieur, ou même les deux, s'engagent quelquefois avec le siège; le fœtus est en quelque sorte assis sur ses mains. Depaul donne trois cas où cette procidence a été observée; nous avons trouvé quatre observations du même genre.

Restent les procidences des membres dans les présentations du sommet et de la face. Ici, elles sont toujours pathologiques, et, loin de faciliter le diagnostic, comme pour l'épaule et le pelvis,

elles peuvent faire commettre des erreurs très préjudiciables, parce qu'on se croira obligé d'intervenir activement alors que l'expectation est souvent la seule chose à faire. Pour peu qu'elles se compliquent de vice de conformation du côté de la mère ou du fœtus, ces procidences peuvent entraver l'accouchement de façon à compromettre leurs deux existences; dans des cas plus graves, elles deviennent une cause importante de dystocie, parce qu'elles produisent alors l'enclavement du fœtus, accident dont l'accoucheur ne peut triompher que par des moyens violents et par conséquent dangereux.

Je bornerai mon travail à l'étude de ces procidences pathologiques des membres dans les présentations du sommet et de la face, négligeant les quelques cas particuliers, dont je viens de parler, de procidences pathologiques dans les présentations de l'épaule ou du pelvis. Ces dernières ne s'observent presque jamais et ne deviennent jamais non plus un obstacle sérieux pour l'accouchement. Dans les présentations du sommet, au contraire, on les rencontre assez souvent pour qu'il y ait quelque intérêt à les étudier en elles-mêmes au point de vue de leurs causes et de l'influence qu'elles exercent sur le pronostic des accouchements.

CHAPITRE II.

FRÉQUENCE.

Nous verrons qu'un grand nombre de procidences des membres, la plupart incomplètes, n'entravent en rien la parturition et peuvent n'être pas remarquées, surtout quand elles n'augmentent pas la durée du travail. Aussi les accoucheurs ne sont-ils pas tous d'accord sur la fréquence de cet accident. Il est signalé maintenant plus souvent qu'autrefois, au fur et à mesure qu'il a été même observé.

Ce n'est guère qu'à partir de M^{me} Lachapelle qu'il devient possible d'observer des séries d'accouchements pouvant servir de base à une statistique. La célèbre accoucheuse, dans son neuvième Mémoire, en a donné deux. La première, sur 22,243 accouchements, porte 28 cas de procidences, y comprises celles du cordon ; mais elle en contestait elle-même l'exactitude et en préférait une autre basée sur 15,562 accouchements, dans laquelle on trouve 45 cas de procidences dont 11 seulement se rapportent aux membres : c'est 1 cas pour 1,423 accouchements. Il faut remarquer que nous savons qu'elle ne considérait pas comme des procidences l'issue de la main et du pied dans les présentations correspondantes de l'épaule et du pelvis ; cela ne suffit cependant pas à expliquer pourquoi elle a constaté si rarement cet accident.

M^{me} Boivin (*Mémorial des accouchements* ; Paris, 1836) donne d'abord une statistique de 2,035 accouchements observés à la Maternité de Paris, de 1797 à 1811, sur lesquels huit fois le sommet s'est présenté avec l'une ou l'autre main et une fois avec les deux pieds et le cordon, soit une proportion de 1 sur 2,262. Ce nombre est encore bien plus faible que celui de M^{me} Lachapelle ; aussi elle n'a pas confiance dans l'exactitude de ses observations et emprunte à Merriman un tableau tiré de son *Synopsis of the various kinds of difficult parturitions*, 1820. Sur 1,800 accouchements, les membres supérieurs ont fait quatre fois procidence dans les présentations du sommet : une fois sur 450. Elle donne dans un autre tableau emprunté à Bland, 8 procidences du bras sur 1,897 accouchements, ou 1 sur 237 environ.

La statistique suivante lui appartient encore ; elle est relative à la procidence du cordon compliquée de membres. Sur 20,157 accouchements, le cordon s'est présenté :

25 fois avec la tête.
dont : 3 — — 1 main.
1 — — 1 avant-bras.
1 — — 1 pied (rétrécissement pelvien).

La plupart de ces statistiques ont pour but de montrer la fréquence des procidences du cordon en particulier, ce qui permet de supposer que bien des procidences des membres seuls n'y ont pas été signalées. Elles se montrent bien plus fréquentes dans quelques statistiques étrangères plus modernes, que nous empruntons à la Thèse de M. Rubé ¹. Les détails que l'on trouve dans quelques-unes d'entre elles prouvent que l'on a eu en vue les procidences des membres en particulier. Elles sont, de plus, basées sur un moins grand nombre d'accouchements répartis sur un plus grand espace de temps, ce qui permet de supposer que toutes les circonstances de ces accouchements ont été relevées avec plus de soin.

Clinique de HALLE (1819-1857).

2891 accouchements.

Sommet avec main	26 fois.
— — 1 bras	8 —
— — 1 main et le cordon	5 —
— — 2 mains	4 —
— — 1 pied et 1 main	1 —
— — 2 pieds et 1 main	1 —
— — 1 pied, cordon et 1 main	1 —
Face avec cordon et 1 main	1 —

Ce qui donne un total de 48 procidences, soit 1 sur 62 accouchements.

Clinique de BERLIN (1829-1835).

2,056 accouchements : 86 procidences du bras.

Id. (1836-1841).

4,124 accouchements : 91 procidences du bras, soit 1 sur 45.

MATERNITÉ royale d'ÉDIMBOURG (Simpson ; *Obstetrical Works*,
tom. II, pag. 850).

1,421 accouchements : 1,333 présentations du sommet dans les-

¹ Rubé ; Des procidences des membres comme complication des présentations de l'extrémité céphalique. Thèse de Paris, 1882.

quelles trente et une fois 1 main, une fois les 2 mains ont fait procidence; ce qui donne une proportion de 1 sur 44.

Ramsbotham (*Obstetric médecine*, 1856) : 1 procidence sur 64 acc.

Mattei (*Clinique obstétricale*) : 1 procidence sur 200.

Le document statistique de la plus haute importance que nous connaissions est le tableau général des procidences observées de 1852 à 1873 à la Clinique obstétricale de Paris, et que l'on trouve dans les *Leçons de clinique obstétricale* de Depaul (publiées par A. de Soyre, pag. 582 et suiv.). Il contient 278 procidences de toute sorte, dont il en faut défalquer 116 du cordon seul. Il reste par conséquent 162 procidences des membres seuls ou avec le cordon. Douze d'entre elles ont lieu dans des présentations du siège ou de l'épaule, nous n'avons pas à nous en occuper. Au total, c'est 150 procidences de membres dans des présentations du sommet ou de la face, pour 16,613 accouchements, ou 1 pour 110. Si l'on ne considère que le nombre des accouchements par l'extrémité céphalique, qui est de 15,212, le rapport monte à 1 procidence pour 102 accouchements. Nous donnons un résumé de ce tableau :

POSITIONS.	1 main.	1 pied.	2 pieds.	1 main et 1 pied.	2 mains et 1 pied.	TOTAL.
OIGA.....	73	2	3	1	»	79
OIDP.	17	3	1	»	1	22
OIDA.....	10	»	»	»	»	10
OIDT.....	1	»	»	»	»	1
OIGP.....	»	1	»	»	»	1
Face.....	3	»	»	1	»	4
Inconnues ...	24	2	2	5	»	33
TOTAL.	127	8	6	7	1	150

Cette statistique donne un nombre inférieur aux précédentes; elle montre cependant que les procidences des membres sont

encore assez fréquentes, qu'elles le sont plus que celles du cordon ombilical, dont l'importance est attribuée quelquefois autant à la facilité avec laquelle on croit qu'elles se produisent qu'à leur pronostic sérieux.

Le tableau suivant est un résumé des cas de procidences que nous avons relevés dans les observations recueillies à la Maternité de Marseille depuis 1827 jusqu'à jusqu'en 1875.

POSITIONS.	1 main.	2 mains.	1 pied.	2 pieds.	1 main et 1 pied.	4 memb.	TOTAL
OIGA....	74	3	2	2	4	»	85
OIDP....	40	»	3	1	1	»	45
OIGP....	1	»	»	»	»	»	1
OIDT....	1	1	»	»	»	»	2
Face....	4	»	»	»	»	»	4
Inconnues	2	»	1	»	»	1	4
TOTAL....	122	4	6	3	5	1	142

Il nous donne les chiffres suivants : sur 7,082 accouchements, dont 6,660 avec des présentations du sommet de la face.

142 procidences, soit 1 sur 50 accouchements en général.

— — — et 1 — 47 par le sommet ou la face.

Les cas où le cordon a fait procidence avec les membres sont compris dans ce tableau comme dans le précédent ; il a glissé au dehors 47 fois, toujours dans les présentations de la tête, et 19 fois avec les membres. Dans les 150 cas du premier tableau, il y a 36 procidences du cordon.

Nous verrons un peu plus loin les conclusions que l'on peut tirer de cette comparaison de la fréquence des chutes des membres et du cordon au point de vue de leur influence mutuelle l'une sur l'autre et sur le pronostic de l'accouchement.

CHAPITRE III.

VARIÉTÉS.

Les procidences des membres dans les présentations de la tête peuvent se diviser en plusieurs variétés, suivant les conditions dans lesquelles elles surviennent.

Ces conditions dépendent :

- 1° De la présentation et de la position ;
- 2° Du degré de la procidence ;
- 3° Du nombre des extrémités ;
- 4° Du genre des extrémités en procidence.

1° DE LA PRÉSENTATION ET DE LA POSITION. — C'est toujours dans des présentations du vertex que se rencontrent les procidences des membres dans les tableaux statistiques que nous venons de donner, sauf dans quatre cas dans le relevé de Depaul et quatre également dans le nôtre, où il s'agit de présentation de la face.

Dans ces huit observations, c'est toujours une main qui a fait procidence ; une fois seulement il y avait un pied avec la main. C'est un cas de plus à ajouter au seul que pouvait citer M^{me} Lachapelle et aux sept autres qu'a recueillis M. Rubé ; encore ne s'agit-il que d'un deuxième jumeau pesant 2,200 gram. Dans son *Traité d'accouchements*, le D^r Charpentier en rapporte deux qu'il a observés à la Clinique obstétricale en 1879. Cette rareté de la procidence des membres inférieurs avec la présentation de la face tient évidemment à la rareté de la présentation elle-même. Ils ne descendent à côté de la face que dans des accouchements où les causes de procidence peuvent agir avec la plus grande intensité. Il n'y a pas, au sujet de la position, de remarques qui ne puissent être faites aussi à l'occasion des présenta-

tions du vertex ; ce sont toujours des mento-iliaque droites postérieures ou mento-iliaque gauches antérieures.

C'est donc aux procidences dans les présentations du sommet qu'il faudra rapporter presque tout ce que nous dirons de cet accident en général. L'influence des diverses positions sera étudiée dans le chapitre de l'Étiologie ; il convient d'examiner auparavant les autres conditions générales des procidences des membres, et en particulier leur degré.

2^o DEGRÉ DE LA PROCIDENCE. — Le degré de la procidence en est un élément important dont il faut toujours tenir compte pour apprécier sa gravité.

Nous avons dit qu'il y avait procidence dès qu'un membre s'engageait avant le sommet ou en même temps que lui. Mais ce n'est pas seulement le mouvement anormal qu'il faut considérer, c'en est aussi le résultat, c'est-à-dire la position vicieuse prise par le fœtus. Il vaudrait peut-être mieux définir la procidence : le fait de la présence d'un membre en dessous ou à côté de l'extrémité céphalique déjà engagée. Il n'est pas nécessaire que l'engagement de la partie prolabée ait précédé celui de la tête ou se soit produit en même temps quelui. Il s'est souvent produit consécutivement, comme le démontre l'analyse d'un très grand nombre de faits.

Quel que soit le moment où la procidence s'est produite, on reconnaît, quand on est appelé à la constater, de grandes différences dans les rapports que les extrémités ont contractés avec la tête.

Les cas les mieux caractérisés sont ceux où le membre est complètement descendu dans le vagin en avant de la tête. C'est ainsi qu'on y trouve quelquefois la main, l'avant-bras, et une partie du bras ; la main peut même venir pendre en dehors de la vulve. Dans d'autre cas, la procidence est moins prononcée ; la main seulement a dépassé la tête et coiffe sa partie supérieure ; l'avant-bras est comprimé entre la tête et la paroi utérine ; il ne

jouit plus de la même mobilité que dans l'exemple précédent. La procidence est incomplète quand le membre n'a pas fait réellement issue, mais qu'il a commencé seulement à s'engager entre la tête et les parois de l'excavation, au lieu de rester à sa place normale, sur la face antérieure de la poitrine pour le bras par exemple.

La plus grande circonférence de la tête du fœtus, celle qui passe par les extrémités des diamètres occipito-frontal et bipariétal, peut être considérée comme formant la limite entre les premières procidences dont je viens de parler, que l'on peut appeler complètes, et les procidences incomplètes. Il ne s'agit pas ici de la circonférence réellement la plus grande de la tête, celle qui passe par les extrémités du diamètre occipito-mentonnier ; il est évident qu'elle n'est pas en cause ici, puisque elle se place, durant la descente, perpendiculairement aux diamètres du bassin, que la tête et le membre prolabé franchissent successivement.

Dans les procidences incomplètes, l'extrémité des membres a donc seulement perdu ses rapports ordinaires avec le tronc et s'est déplacée du côté de la tête sans franchir la circonférence par laquelle cette dernière est, en quelque sorte, tangente avec le bassin et au niveau de laquelle la pression de l'utérus se fait le plus énergiquement sentir au moment de la contraction. Cette circonférence limite n'est pas d'ailleurs exactement celle qui passe par les extrémités des diamètres bipariétal et occipito-frontal.

Elle est en général inclinée latéralement sur celle-ci, soit dans un sens, soit dans un autre, suivant que l'on a affaire à des positions occipito antérieures ou occipito postérieures.

On peut donc distinguer, sans chercher à établir de limites absolument précises, les procidences en complètes et incomplètes, en se basant sur les données qui précèdent. Cette distinction peut encore être tirée des indications que fournit le toucher. Dans la procidence complète, que ce soit directement ou que ce soit à

travers la paroi encore intacte de la poche des eaux, le membre prolabé est senti isolé dans le vagin, et on arrive sur lui avant d'avoir touché la tête ; tandis que dans la procidence incomplète, c'est en explorant son pourtour et quand, dans l'intervalle de deux douleurs, elle appuie moins énergiquement sur le détroit supérieur, que l'on peut reconnaître de petites parties inégales et bien moins mobiles que dans le premier cas. Enfin souvent le toucher ne permettra pas d'arriver jusque sur ces extrémités, et c'est au moment du dégagement que l'on s'aperçoit que l'enfant avait une main sur l'oreille, sur l'un des pariétaux ou sur la face.

Procidences complètes. — La procidence la plus complète est celle d'un membre supérieur, par exemple, où l'on trouve la main, l'avant-bras et une partie du bras descendue dans le vagin presque aussi complètement que si on avait affaire à une présentation de l'épaule. Dans ces cas, le membre supérieur tout entier a perdu ses rapports avec le tronc, et il est probable que la présentation, devenue plus tard procidence, du membre lui-même a précédé celle de la tête. Ce sont des présentations de l'épaule modifiées favorablement par un mouvement général de redressement du fœtus, mouvement inverse de celui qui s'accomplit quand l'accouchement se termine par l'évolution spontanée. Tandis que, dans l'évolution spontanée, le tronc d'un côté se plie en quelque sorte en deux, et que de l'autre la tête et l'épaule s'engagent, l'une au-dessus, l'autre au dessous du pubis ; dans l'accouchement par le sommet, avec procidence complète de tout le membre supérieur, la tête ne s'accroche pas au pubis et vient à la place de l'épaule occuper le détroit supérieur, qui, la plupart du temps, peut laisser passer ces deux parties à la fois. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et c'est alors qu'il faut intervenir par le forceps ou la version, si l'on n'a pu repousser au-dessus du détroit supérieur le membre en procidence.

D'autres fois, c'est le phénomène inverse qui se produit : la procidence d'un bras peut être la cause d'une présentation de l'épaule, et c'est pour éviter cet accident que Barnes (*Opérations obstétricales*, pag. 133) recommande de chercher toujours à réduire la main. Au lieu d'être rejetée dans une des fosses iliaques, la tête peut être retenue au-dessus du pubis par le fait de la présence d'un membre dans le vagin. Nous aimons mieux croire que dans ces cas de positions sus-pubiennes avec procidence, dont on trouve deux cas dans notre statistique, c'est la position vicieuse qui est la cause primitive de la procidence.

Il est impossible que le membre inférieur fasse procidence aussi complètement que le supérieur, dans une présentation de l'extrémité céphalique. Cependant, quand les pieds s'engagent, ils ne restent pas en général à côté de la tête et la dépassent. Ils n'ont pas une forme conique aussi régulière que l'avant-bras et la main ; ils se glissent plus difficilement entre la tête et le détroit supérieur, mais ils sont plus solidement fixés dans cette position quand l'utérus se resserre sur eux.

Lorsque, dans une présentation du sommet ou de la face, un ou deux pieds viennent faire procidence, la position du fœtus dans la matrice est modifiée. Il est complètement fléchi dans le sens antéro-postérieur et forme une sorte d'anneau brisé dont les extrémités viennent se toucher au niveau de l'orifice du col. Les contractions utérines n'ont d'autre effet que de rapprocher de plus en plus les extrémités de cet anneau et de faire augmenter la procidence. Cependant, dans ces conditions, l'accouchement ne se termine pas fatalement par le pelvis, parce que, si les pieds ont plus de facilité pour descendre, les contractions utérines n'agissent pas aussi directement sur eux que sur la tête, qui occupe presque tout le pourtour de l'orifice du col et qui ne peut remonter qu'autant que les pieds descendront complètement dans le vagin. Le plus souvent, un seul pied est en procidence ; l'autre reste dans la cavité utérine, rend impossible tout mouvement

spontané de ce genre, et l'accoucheur lui-même, qui devra faire la version pour rompre cet état d'équilibre et empêcher qu'il ne se produise un enclavement du fœtus, sera obligé d'aller chercher ce second pied pour terminer plus facilement cette opération.

Il n'en est heureusement pas toujours ainsi. Spontanément ou à la suite de quelques manœuvres de réduction, le fœtus bascule en quelque sorte dans l'utérus et la tête s'engage complètement pendant que les pieds remontent. Cette procidence complète des membres inférieurs compte cependant parmi les causes importantes de dystocie, d'autant plus qu'elle se produit souvent en même temps que d'autres complications, la procidence du cordon et d'un membre supérieur surtout.

Procidences incomplètes. — Dans les procidences incomplètes, c'est presque toujours la main qui vient s'engager avec le sommet et former une sorte de coin qui peut retenir la tête au passage du détroit supérieur et arrêter pendant quelque temps son mouvement de descente. Il faut que certaines conditions mauvaises de conformation, soit du bassin, soit des parties molles, ou des anomalies de forme et de volume du fœtus, se rencontrent dans un accouchement qui présente cette complication, pour qu'il ne puisse pas se terminer par les seuls efforts de la nature. Dans les conditions ordinaires, si les contractions utérines ont l'énergie suffisante, cet obstacle est facilement surmonté, la main en procidence revient à sa place au-devant de la poitrine, et l'accident passe complètement inaperçu ; ou bien elle se dégage en même temps que la tête, sans difficulté aucune.

On la trouve en général placée sur le pariétal, sur l'oreille et sur la joue, quelquefois même sur la face. Ce n'est que lorsqu'elle est restée sur le pariétal, quoique n'étant pas en procidence complète, qu'elle peut encore réellement remplir l'orifice de coin ; dans les autres positions, elle est au-dessous de la grande circon-

férence de la tête du fœtus, et, si la descente est retardée, le retard ne vient pas tant de l'obstacle apporté par le rebord du détroit supérieur ou les parois osseuses de l'excavation que de la résistance des parties molles, qui s'appliquent immédiatement sur le fœtus et fixent plus solidement la tête et la main ensemble que la tête seule, glissante et sphérique. Je suppose que la dilatation est achevée ou près de l'être et que les membranes sont rompues.

Dans les cas de déplacements les plus légers, la main vient seulement s'appliquer sur les côtés du cou, au lieu de rester à la partie antérieure, soit de son côté, soit du côté opposé. Ce ne sont que des exagérations du décroisement ou du croisement des avant-bras.

Un déplacement du même genre, mais important, a été signalé par Simpson (*Clinique obstétricale*, trad. par Chanteuil, 1874, pag. 347). Il a observé un cas de présentation du sommet où le bras s'était placé en travers derrière la nuque, et dans cette position il apportait un obstacle insurmontable à la descente du fœtus. Il fut obligé de faire la version après avoir d'abord ramené le bras en avant. Ce cas a été longtemps le seul de ce genre, dans les présentations du sommet du moins, car Cazeaux a attiré l'attention sur ce repliement du bras dans les accouchements par le siège, et surtout après la version, où il peut être causé par la négligence de l'opérateur, qui a laissé un bras se relever à côté de la tête et a fait exécuter au fœtus une rotation intempes- tive. Robert Barnes (*Opérations obstétricales*, pag. 162) rappelle un cas analogue à celui de Simpson, publié par J. Jardine Murray dans le *Med. Times and Gazette*, 1861.

Les annales de la Maternité de Marseille contiennent une observation de ce genre.

Une femme de 22 ans, primipare et à terme, qui éprouve les premières douleurs à 11 h. du soir. Le lendemain, à 7 h. du matin, la dilatation est complète et les membres se rompent spontanément. La

tête paraît à la vulve pendant quelques douleurs, mais elle rétrograde ensuite et ne reparaît plus d'une heure de temps, au bout de laquelle la femme finit par accoucher d'un garçon pesant 3,200 gram. et ayant 51 centim. de longueur. C'est à ce moment-là seulement qu'on s'aperçut que la main droite était appliquée sur la partie postérieure du cou, le coude faisant saillie sur le côté de la tête. Le travail, qui s'était terminé spontanément, n'avait duré que neuf heures.

On voit, par cette observation, qu'il faudrait que l'enfant fût très volumineux ou le bassin de la femme mal conformé, pour que cette procidence devînt une cause de dystocie grave. Dans l'observation de Simpson, la réduction du bras n'a pas empêché qu'il ait été obligé de recourir à la version ; ce n'était probablement pas sa position vicieuse qui mettait le plus grand obstacle à la parturition. Dans celle que je viens de rapporter, la procidence incomplète n'a été constatée qu'au moment de l'accouchement ou peu avant ; on peut supposer qu'elle a pu survenir pendant les mouvements de va et vient de la tête à la vulve, longtemps après qu'elle a franchi le détroit supérieur. Placée d'abord sur la partie postérieure de l'oreille ou latérale du cou, la main a gagné la partie postérieure, faute d'avoir participé au mouvement de rotation.

Les divergences que l'on trouve dans les statistiques des procidences nous paraissent beaucoup tenir au plus ou moins de soin avec lequel on a tenu compte des procidences incomplètes. Elles ont dû être laissées de côté dans bien des observations, soit parce qu'elles n'ont pas été remarquées, soit parce que, n'ayant pas eu une grande influence sur le résultat de l'accouchement, elles ont été jugées assez peu importantes pour pouvoir être négligées. C'est ainsi que, dans le relevé publié par le professeur Depaul, le nombre des procidences des membres est inférieur de moitié à celui que donnent les autres statistiques sérieuses que nous avons reproduites. Les cas où l'extrémité seule des membres venait affleurer le niveau de la tête, ou bien était latéralement appliquée

contre elle au moment de la sortie du fœtus, n'y sont pas notés d'une façon particulière, et il est difficile de savoir s'ils sont compris dans ce tableau. C'est toujours le bras ou la main qui font issue, et aucun autre détail n'est mentionné. L'éminent professeur de la Clinique obstétricale fait cependant remarquer, dans ses leçons, combien il est important de tenir compte de ces divers degrés de la procidence. On voit quelquefois des procidences incomplètes entraver l'accouchement, aussi bien que des membres complètement prolabés; elles ont une grande tendance à persister pendant longtemps, surtout quand la poche des eaux est rompue, puisque souvent tout se termine sans qu'elles se réduisent, et cela malgré la rotation et les mouvements de va et vient qui précèdent le passage à la vulve. En pareil cas, l'utérus se contracte directement sur le fœtus et le repousse autant par ses parties latérales, et en particulier les coudes qui font saillie à ce niveau, que par la partie qui occupe son fond; c'est une sorte d'expression.

Nous avons trouvé dans les observations de la Maternité de Marseille :

87 procidences complètes.

55 incomplètes, parmi lesquelles vingt-deux fois une main était appliquée sur un pariétal; deux fois c'étaient les deux mains ensemble.

Trente fois la main était seulement replacée et avait été trouvée sur la joue, l'oreille, ou les côtés du cou. Une fois les deux pieds étaient sur les côtés du cou.

3^o NOMBRE DES EXTRÉMITÉS EN PROCIDENCE.— La procidence d'un seul membre est la plus fréquente; il ne s'en présente plusieurs que dans des circonstances exceptionnelles, où tout court pour favoriser cette complication. On voit alors se surajouter au membre qui a déjà fait issue, son congénère ou ceux de l'extrémité opposée. C'est ainsi que les deux mains font quelquefois procidence. Notre statistique contient quatre cas de ce genre dont je résume ici les observations.

Rosalie V..., primipare, 27 ans. Début du travail, 5 juillet à midi ; première position du sommet. A 4 h., les membranes se rompent spontanément ; les douleurs sont fortes et rapprochées. A 4 h. et demie, dilatation complète ; la tête franchit le col. A 8 h. du soir, les douleurs sont toujours très fortes ; mais la tête, qui est presque à la vulve, ne descend plus ; le mouvement de rotation ne se fait pas. Le forceps est appliqué : l'enfant a les deux mains sur les parties latérales de la tête. C'est un garçon pesant 2,125 gram.

R. R..., primipare, 26 ans. Début du travail le 24 février à 2 h. du matin ; peu après, rupture spontanée des membranes : il s'écoule une grande quantité d'eau ; la dilatation est à peine commencée. A 8 h., accouchement en première position du sommet : une seule douleur suffit à l'expulsion ; les deux mains sont placées sur les parties latérales de la tête ; le cordon fait un circulaire autour du cou. Fille de 2,850 gram. Le travail a duré six heures, la dilatation s'est faite en une heure.

La troisième observation est une procidence incomplète des deux mains.

Je rapporterai plus loin l'observation d'un autre accouchement où les deux bras faisaient procidence : il y avait rétroversion ; le col était très élevé et la tête dans l'excavation, coiffée par le segment postérieur de l'utérus ; elle se dégagea la face en avant.

Dans ces observations, les mains sont toujours appliquées sur les pariétaux ou sur le sommet, elles ne descendent jamais complètement dans le vagin. Il ne peut en être autrement, puisque les bras sont relevés sur les côtés de la tête, qui se présente en même temps ; il faudrait, pour que la procidence pût augmenter, que celle-ci fût rejetée vers une des fosses iliaques, et encore il se produirait en même temps un mouvement de rotation du fœtus sur son axe, qui ferait descendre l'un des bras et remonter l'autre, puisqu'ils sont insérés aux extrémités du diamètre bi-acromial. C'est d'ailleurs de cette façon que se produisent les présentations de l'épaule, surtout quand la procidence du membre a existé dès le début du travail.

Les membres inférieurs, au contraire, sont naturellement placés l'un à côté de l'autre et dirigés dans le sens de l'axe du fœtus ; on comprend facilement que leur procidence simultanée se produise plus souvent.

Nous avons vu, à propos de la procidence d'un seul pied, comment se faisait l'accouchement en pareil cas ; les contractions de l'utérus ont pour effet de repousser vers l'orifice du col les deux extrémités du fœtus à la fois et de produire une sorte d'enclavement. Il faut en général que l'accoucheur intervienne, soit pour repousser les pieds et mettre les parties comme dans une présentation du sommet, soit pour extraire l'enfant par les pieds et terminer par une version. On est souvent obligé d'avoir recours à la craniotomie et à la céphalotripsie, comme dans l'observation bien connue de Cazeaux, où le pronostic était encore aggravé par le fait d'une présentation de la face.

Les 160 procidences de membres de la statistique de Depaul comprennent :

22 cas de procidences des membres inférieurs dans lesquelles on voit :
8 fois un pied seul,
6 fois les deux pieds,
7 fois un pied et une main,
1 fois un pied et les deux mains.

Nous avons trouvé, parmi nos 142 observations, 15 cas :

5 d'un pied seul,
3 des deux pieds,
5 d'un pied et d'une main,
1 des quatre membres,
1 des deux pieds d'un fœtus à côté de la tête d'un autre.

Les procidences dans lesquelles un seul ou deux membres congénères font issue au dehors, peuvent être appelées des procidences simples. Les autres cas sont alors dits complexes. Ils peuvent réaliser toutes les combinaisons possibles des procidences

des quatre membres et à divers degrés pour chacun d'entre eux. C'est ainsi qu'on peut voir : la main ou le bras avec un ou deux pieds, les deux mains ou les deux bras avec un ou deux pieds. Ce dernier cas, c'est-à-dire la procidence des quatre extrémités, a été observé, quoique au premier abord il paraisse peu possible. Nous lisons dans Depaul que Mauriceau l'a observé. De la Motte en a rapporté un exemple (*Traité des accouchements*, Obs. 283, pag. 512). Smellie l'a représenté (*De la Théorie et de la Pratique* ; etc., tom. IV, pag. 57, Pl. 31) ; Caffort (*Traité d'accouchement* de Velpeau, pag. 348) et Siebold ont vu chacun, dans un accouchement naturel, la tête placée entre les quatre extrémités.

Les annales de la Maternité de Marseille renferment un cas de ce genre :

Vallavieille, 30 ans, sixième grossesse, se présente à la Maternité le 7 juin 1828 ; elle n'est enceinte que de sept mois environ, le travail a commencé depuis trois jours. Dilatation complète, l'orifice est mince et souple ; on touche les extrémités supérieures et inférieures à travers les membranes, qui font saillie ; en les déprimant, on sent une partie volumineuse plus résistante. Rupture artificielle ; un garçon mort est amené par les pieds.

La procidence complexe qui s'observe le plus fréquemment avec le sommet est celle d'une main et d'un pied. Nous venons d'en citer les huit cas de la statistique de Depaul (n^{os} 109, 117, 135, 144, 148, 218, 224, 246, *Leçons de clinique obstétricale*, 1872, pag. 582 et suiv.). Le n^o 117 est un accouchement où le pied était descendu avec les deux mains.

Elle a été observée six fois à la Maternité de Marseille.

Parmi les procidences complexes, il faut ranger celles qui peuvent survenir dans les accouchements gémellaires, alors que le membre qui se présente n'appartient pas à l'enfant dont la tête est engagée. Elles s'observent surtout quand les fœtus sont renfermés dans la même poche et ont un placenta commun. En général, la double présentation du sommet est la plus fréquente,

vient ensuite la présentation du sommet pour l'un, du siège pour l'autre. Dans le premier cas, on pourra observer la procidence des mains du second fœtus, dans le second celle de ses pieds. Nous verrons plus loin que la grossesse gémellaire favorise beaucoup les procidences des membres de chaque fœtus en particulier ; je ne signale pour le moment que les cas complexes où, avec le sommet, un ou deux membres seulement font issue au dehors, de façon à ne pas rendre évidente la présence de deux fœtus, si on ne l'avait déjà diagnostiquée par d'autres moyens.

Tous les auteurs rapportent les cas de dystocie par engagement simultané de jumeaux, cas dont le fait cité par Carrière (de Saint-Dié) et Stoltz est le type. La dystocie provient de l'enclavement des têtes ou du tronc, et non pas de la procidence accessoire des membres, que l'on y trouve toujours. C'est d'ailleurs souvent la procidence des membres inférieurs d'un fœtus se présentant par le pelvis, c'est-à-dire que ces cas ne rentrent pas dans notre sujet.

Quelquefois la procidence seule est une cause de difficulté dans l'accouchement gémellaire, comme dans l'observation que je rapporte ici. Dans ces cas, cette difficulté étant vaincue et la tête ayant passé la première, l'accouchement peut se terminer sans autre complication.

Une femme de 32 ans, enceinte pour la septième fois, arrivée au terme de 7 mois, est prise des douleurs le 4 février 1856 à 5 h. du soir, et peu après les membranes se rompent ; il s'écoule beaucoup d'eau. Le toucher permet de reconnaître une tête enveloppée de membres qui bombaient et un membre à nu, ce qui fit penser qu'il devait y avoir deux enfants, dont l'un présentait la tête et l'autre le pelvis. L'orifice avait 4 centim. de dilatation. Voyant que la tête était plus engagée que le membre. M. Villeneuve rompit la poche, encore intacte, pour faciliter l'expulsion du fœtus qu'elle contenait. La fontanelle postérieure était derrière le trou obturateur droit, le maximum des bruits s'entendait à gauche au niveau de l'ombilic. A 6 h. et demie, la tête est toujours oblique, le pied correspond toujours à gauche et

en avant, et empêche la tête de descendre. A 7 h., la dilatation est complète; le forceps est appliqué et permet de retirer un enfant à demi asphyxié, qui peut être un peu ranimé, mais qui ne tarde pas à succomber.

Nous avons trouvé, dans une Thèse de 1863 ¹, l'observation *in extenso* du n° 165 de la statistique de Depaul : c'est un bel exemple de dystocie occasionnée par la procidence des deux pieds d'un enfant mort, avec la présentation par le sommet d'un enfant vivant.

Marie V..., 25 ans, primipare, enceinte d'environ huit mois; rien qui mette sur la voie d'une grossesse gémellaire; le ventre n'est pas excessivement développé.

Après une bonne nuit, le 16 mai 1863, à 7 h. du matin, en descendant du lit, elle se sent inondée et s'aperçoit en même temps que quelque chose était sorti de la vulve et lui pendait entre les cuisses.

Elle fait appeler une sage-femme, qui reconnaît la procidence du cordon et lui conseille le repos; toute la journée se passe sans douleurs, elle perd un peu d'eau de temps en temps.

Premières douleurs, le lendemain au soir; le surlendemain matin, elle arriva à la Clinique, où l'on constate une procidence du cordon descendant jusqu'au genou, flétri, infiltré de sang noirâtre et ne donnant aucune pulsation. Par le toucher vaginal, on reconnaît un sommet très infiltré en o. i. g. a., plus une procidence d'un pied, le droit, qui avait glissé entre la tête et la partie latérale droite du bassin; le pied avait le talon en arrière.

La dilatation étant complète, une poche des eaux s'est rompue à l'arrivée de la malade; les contractions sont à peu près nulles et la malade très fatiguée. M. Taurin, chef de clinique, croit devoir, dans l'intérêt de la malade, en l'absence de M. le professeur Depaul, achever l'accouchement.

Il essaya en vain de réduire le pied. Il appliqua alors le forceps sur les parties latérales de la tête et l'amena jusque sur le plancher du bassin; mais, arrivée là, elle s'arrêta. On la voyait par la vulve entr'ouverte. Les mouvements de latéralité se faisaient avec facilité, mais

¹ Cordeiro da Salva; De la procidence du cordon ombilical. Th. Paris, 1863.

on voyait le centre du périnée bomber très fortement. Il semblait distendu par un corps solide autre que la tête. Sentant un obstacle dont il ne se rendait pas bien compte, M. Taurin eut l'idée qu'il y avait deux enfants. Il retira le forceps et reconnut que la tête était séparée, en arrière du périnée, par un pied gauche, et que c'était le talon de ce pied qui refoulait si fortement le périnée pendant les tractions exercées à l'aide du forceps, et qui l'aurait certainement perforé si elles eussent été moins prudentes.

Il y avait à la vulve une tête, un pied droit à droite et en avant, un pied gauche à gauche et en arrière, et un cordon.

Le pied gauche fut refoulé autant que possible, et deux contractions suffirent pour expulser la tête, suivie du corps d'un enfant vivant. Il restait à la vulve l'autre cordon, qui faisait procidence depuis deux jours, plus les deux pieds du second enfant, les talons en arrière. De légères tractions sur ces membres, jointes à un mouvement de rotation pour ramener le dos en avant, amenèrent facilement ce dernier. La position de ces deux enfants (filles) dans l'utérus était la suivante : La première, tête en bas, dos en avant et à gauche. La seconde, siège en bas, dos en arrière et à droite, de sorte qu'elle était à cheval sur le menton de sa sœur, les jambes défléchies.

Les deux œufs étaient distincts, les placentas séparés, et les cordons s'inséraient sur les membranes ; celui qui avait fait procidence avait 80 centim. de long.

Rétention d'un cotylédon du placenta. La mère mourut un mois après, d'infection putride.

Dans cet accouchement, les deux pieds du second fœtus embrassaient la tête du premier, dont la descente était arrêtée par la saillie de ceux-ci, qui venaient s'appuyer sur les parties molles, du pied gauche surtout, qui était placé sur le plancher périnéal. Chailly Honoré (*Traité pratique de l'art des accouchements*, pag. 502) rapporte un fait analogue où un second fœtus aussi était en quelque sorte debout sur le plancher périnéal, ce qui n'empêcha pas le corps de se fléchir et la tête de s'engager sous les pubis. Dans cette position, le travail s'était complètement arrêté, et il ne put continuer que quand les pieds furent dégagés et amenés à l'orifice vulvaire.

Le même cas peut se présenter dans un accouchement simple, comme dans ce dernier exemple où le premier fœtus était déjà expulsé. Ce n'est plus alors qu'une procidence des pieds à côté de la tête; il faut toujours songer à la possibilité d'un autre fœtus, puisque la conduite à tenir est bien différente dans les deux cas.

4° GENRE DES EXTRÉMITÉS EN PROCIDENCE. — Les statistiques que j'ai citées plus haut montrent que les procidences des membres inférieurs sont très rares, relativement à celles des membres supérieurs : 15 des premiers pour 133 des seconds dans l'une, 22 pour 144 dans l'autre. La production de cet accident ne demande en effet qu'un léger déplacement de la part du bras ; pour que les pieds viennent à s'engager en même temps que la tête, il faut au contraire que le fœtus soit replié sur lui-même, que ses extrémités opposées viennent à la rencontre l'une de l'autre et s'entrecroisent en quelque sorte : il se trouve alors dans une position transversale ou oblique, généralement peu compatible avec la forme de l'utérus. Toutes ces conditions expliquent à la fois, et la rareté relative de cette dernière procidence, et la gravité plus grande que celle des membres supérieurs ; elle est souvent accompagnée d'autres conditions et complications qui suffiraient à rendre le travail plus difficile ou même impossible à se terminer par les seuls efforts de la nature.

Nous aurons l'occasion de revenir sur ces accouchements, dans la plupart desquels l'influence des causes des procidences est facile à mettre en évidence, et qui sont aussi des exemples de la façon dont l'accoucheur doit se comporter lorsqu'il se trouve en présence de faits semblables.

CHAPITRE IV.

CAUSES.

Tous les auteurs ont fait remarquer que les causes de la chute du cordon ombilical doivent favoriser la procidence des membres. Il vaudrait mieux dire, surtout dans les présentations du sommet, que ces causes produisent d'abord les procidences des membres, car les statistiques démontrent que ces dernières sont bien plus nombreuses que celles du cordon.

C'est ainsi que dans le tableau de Depaul, sur 238 cas de procidences (avec le sommet ou la face), nous en trouvons 150 des membres, dont 17 avec le cordon, 88 du cordon seulement.

Dans les observations de la Maternité de Marseille, il y a 142 procidences des membres, dont 20 avec le cordon et 47 du cordon seul, toujours dans les présentations du sommet.

Nous n'avons pas voulu, à l'exemple de M^{me} Lachapelle et de presque tous les accoucheurs, considérer comme des procidences l'issue des membres dans la présentation correspondante de l'épaule ou du pelvis ; mais cependant leurs causes sont les mêmes que celles des autres procidences, et nous voyons que, dans ces présentations, celle du siège surtout, qui au premier abord paraît prédisposer beaucoup à la procidence du cordon, elles produisent plus souvent le prolapsus des membres. C'est du moins ce que nous permet de conclure le relevé des présentations du pelvis que nous avons trouvées dans nos observations. Sur 422 présentations de cette nature, les membres se sont défléchis, 118 seuls, 9 fois avec le cordon ; ce dernier était seul 31 fois. Nous n'avons pu trouver ailleurs les éléments d'une statistique analogue qui nous pût servir de terme de comparaison, puisque les présentations du siège et des pieds, de l'épaule et du bras, sont confondues sous une même dénomination.

Néanmoins, la procidence du cordon étant un accident grave, d'un pronostic toujours sérieux, il n'est pas étonnant qu'il ait été pris comme point de départ dans l'étude générale des procidences, surtout au point de vue de leurs causes.

Avec Cazeaux, Nœgelé et Grœnser, et la plupart des auteurs classiques, nous diviserons les causes des procidences des membres en deux catégories principales : les causes prédisposantes et les causes déterminantes.

Les premières peuvent être, comme toutes les causes de dystocie, rangées sous deux chefs principaux : *A* les causes qui dépendent du fœtus et de ses annexes, *B* celles qui dépendent de la mère.

- A. — Causes qui dépendent du fœtus. —* 1° Petit volume ;
2° Mort du fœtus ;
3° Monstruosités ;
4° Mobilité ;
5° Présentations irrégulières, positions inclinées ;
6° Grossesse gémellaire ;
7° Changements spontanés de présentation.

- B. — Causes qui dépendent de la mère. —* 1° Grande quantité de liquide amniotique ;
2° Vices de conformation du bassin ;
3° Anomalies de forme et de direction de l'utérus ;
4° Insertion vicieuse du placenta ;
5° Défaut de contractions du segment inférieur de l'utérus ;
6° Multiparité.

Les causes déterminantes sont celles qui agissent au moment où l'accident se produit. L'écoulement subit des eaux, surtout quand la femme est debout, est la seule cause qui puisse être sérieusement invoquée.

On peut y ajouter l'influence de certains mouvements brusques,

qui peuvent produire d'ailleurs toutes sortes de présentations vicieuses.

Il faut citer en dernier lieu les procidences dues à des explorations ou des opérations intempestives : c'est ainsi qu'un pied est quelquefois amené au dehors par une tentative de version qui n'était pas indiquée et que l'on n'a pu mener à bonne fin.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.

A. — DÉPENDANT DU FOETUS. — 1° *Petit volume.* — Si on prend tous les cas de procidence en général, on voit que les accouchements avant terme y sont assez fréquents : nous en avons trouvé 31 sur 142 ; Depaul en donne 43 sur 150. On pense bien que dans ces cas la petitesse du produit de la conception est le facteur principal de l'engagement du membre, qui aura d'autant plus de chances de se réaliser et de persister que le fœtus sera plus petit. Cependant Depaul fait remarquer que si l'on néglige les avortons dont le poids ne dépasse pas 12 à 1,500 gram., les chiffres les plus divers représentent les poids des enfants dont les membres sont tombés en procidence. Il y en a 9 au-dessus de 3,500 dans sa statistique, 13 dans la nôtre, parmi lesquels on trouve des poids de 4,850, 4,550, 4,500, etc. On voit donc des enfants d'un très grand volume sujets au même accident que les plus petits. Le fait peut s'expliquer si l'on admet que, après la rupture de la poche des eaux, l'utérus s'applique immédiatement sur le fœtus et rapproche les coudes, qui dans la position ordinaire font saillie sur les parties latérales du tronc ; il en résulte que les mains sont repoussées du côté de la tête. Ce raisonnement est surtout applicable aux fœtus d'un fort volume ; il en est de même de celui qui consiste à dire que dans ces cas l'utérus, revenant sur lui-même, fixe plus solidement dans la position qu'ils ont prise les membres des gros fœtus, et, pendant la descente, les force à progresser en même

temps que la tête jusqu'au moment du dégagement. Dans deux cas de notre statistique, des enfants de plus de 4 kil. avaient la main au-devant de la face ; c'est un simple redressement de l'avant-bras se produisant parce que le coude est ramené vers la ligne médiane.

2° *Mort du fœtus.* — Dans les accouchements avant terme, le fœtus est souvent mort. S'il l'est depuis longtemps, il peut être d'un volume plus réduit, par le seul fait de sa momification ou de la putréfaction. Dans ce dernier cas, il jouit d'une extrême ductilité, pour me servir de l'expression de Robert Barnes (*Opér. obstétric.*, pag. 90) ; on comprend aisément combien ces conditions favorisent les procidences. Nous avons observé récemment, à la Clinique d'accouchements, un cas de cette nature chez une femme syphilitique ayant avorté au terme de huit mois environ. Le fœtus, mort depuis quelques jours, était sorti par la tête, le long de laquelle un membre supérieur était appliqué et qu'il ne dépassait cependant pas ; il y était en quelque sorte logé. Elle avait la consistance de la gelée, et on peut dire qu'elle s'était étirée dans la filière du bassin.

L'évolution spontanée qui se produit presque toujours chez des enfants morts (127 fois sur 135 d'après Velpeau) est un exemple de la facilité plus grande avec laquelle leur position et leur attitude peuvent être modifiées.

3° *Monstruosités fœtales.* — Les monstruosité favorisent toute espèce d'accouchements vicieux en général. Dans une de nos observations, le fœtus n'avait point d'encéphale : il n'est pas étonnant que l'on ait observé une procidence d'un membre ; je dois dire qu'il se présentait cependant par l'extrémité céphalique, qui était recouverte par le cuir chevelu.

4° *Mobilité du fœtus.* — Elle est le plus souvent en rapport avec son petit volume et dépend aussi de la quantité du liquide amniotique, condition dont nous parlerons plus loin. Dans un

certain nombre de cas du tableau ci-joint, nous avons constaté la longueur totale des fœtus : nous ne croyons pas qu'elle puisse influencer beaucoup sur leur mobilité. Elle est en moyenne de 47 à 48 cent. pour ceux qui sont à terme ; c'est-à-dire que les fœtus dont les membres tombent en procidence sont en général de petite taille. Comme pour les poids, quelques nombres dépassent notablement cette moyenne ; on peut supposer que, dans ces cas, indépendamment du volume plus grand des fœtus, leurs membres, plus allongés, sont plus disposés à se glisser au dehors.

5^o *Présentations irrégulières, positions inclinées.* — Dans la présentation normale du sommet en première position par exemple, la tête s'engage perpendiculairement au plan du détroit supérieur ; mais il arrive quelquefois que le diamètre bipariétal n'est pas parallèle au diamètre oblique droit. Cette inclinaison est peu prononcée et disparaît avant que la tête vienne appuyer sur le périnée ; cependant elle s'exagère quelquefois, et la position devient irrégulière. Si les membres supérieurs sont déjà un peu décroisés par l'effet de la contraction utérine, qui peut faire basculer l'avant-bras sur la surface convexe du tronc, la région latérale de la face, l'oreille, viendront en quelque sorte à la rencontre de la main du côté de la flexion ; du côté de l'extension, le relief formé par la partie latérale du maxillaire inférieur deviendra moins accentué, s'éloignera de la surface du thorax, et la main, glissant le long du cou, gagnera plus facilement le côté de la tête. De quelque côté qu'elle se produise, l'inclinaison latérale de la tête peut donc favoriser les procidences ; mais il est difficile de juger de son importance comme cause de cet accident. On ne pourrait pour cela tirer de déduction du côté de la main, qui se présente le plus souvent suivant les positions, car la procidence est autant facilitée d'un côté que de l'autre, et les statistiques contiennent un très grand nombre de cas où le côté du membre n'est pas signalé.

L'exagération de l'inclinaison antéro-postérieure en avant ou en arrière est comparable à l'inclinaison latérale. En avant, c'est la flexion physiologique de la tête au moment de l'engagement ; une main n'a pas à se déplacer beaucoup pour se trouver au-devant de la face, si, par la flexion de la tête, celle-ci vient au-devant d'elle, et elle peut y rester malgré le mouvement de déflexion qui se produit ensuite. La déflexion primitive, surtout quand elle est exagérée, remplace la saillie du menton par une ligne courbe le long de laquelle une extrémité peut très bien se glisser : on a affaire alors à la présentation de la face. Les faits prouvent ici que, si ces procidences sont rares comme la présentation elle-même, elles sont quelquefois complexes et apportent les plus grands obstacles à l'accouchement. La déflexion a été souvent produite par un léger rétrécissement qui a arrêté la tête au détroit supérieur, et nous savons que dans ces cas, où le fœtus est resté suspendu au-dessus de ce détroit, les procidences ont bien des chances de se produire, pour les mains comme pour les pieds et le cordon. Dans l'observation rapportée par Cazeaux, il s'agit d'une procidence du pied gauche avec une présentation de la face mento-iliaque gauche postérieure.

Dans les deux cas de Charpentier dont j'ai déjà parlé, il y avait présentation de la face en mento-iliaque droite postérieure. Le premier était une procidence d'un pied ; la version fut inutile : l'enfant était mort et fut extrait au moyen du céphalotribe. La mère guérit.

Dans le second, il trouva le cordon, un pied et un bras. Les tractions sur les pieds, le refoulement de la tête, ne donnèrent aucun résultat ; le forceps et le céphalotribe ne purent être introduits ; il fallut pratiquer le morcellement du fœtus, et la femme mourut : il y avait rétrécissement.

Dans la plupart de ces cas de procidence avec la face, les difficultés de l'accouchement tenant à la position s'aggravent de celles qui sont inhérentes à la présence du membre à côté de la

tête et à l'attitude anormale que le fœtus conserve pendant la plus grande partie du travail. Quand il n'y a pas d'autre complication, sa durée est seulement allongée, assez pour compromettre l'existence de l'enfant. Le plus souvent, le rétrécissement, qui est la cause de la procidence elle-même, empêche que l'accouchement puisse se terminer seul, comme dans le dernier des exemples qui précèdent et dans quelques autres que je citerai en étudiant l'influence des vices de conformation du bassin.

6° *Grossesse gémellaire.* — La grossesse gémellaire est une des causes principales de l'accident qui nous occupe. Elle réunit les conditions de petitesse et de mobilité, et souvent de mort du fœtus, dont nous venons de parler ; l'accouchement a presque toujours lieu avant terme et on y retrouve la plupart des autres causes qui suffisaient à elles seules à justifier la procidence d'un membre. Ainsi, la position peut être irrégulière et se modifier au moment de l'accouchement ; la forme et la direction du l'utérus sont altérées par suite de son extrême ampliation ; le liquide amniotique est quelquefois très abondant, malgré et peut-être à cause du développement simultané des deux fœtus. Il convient de distinguer entre les procidences survenant avant que le premier fœtus soit expulsé et celles qui surviennent après. Dans le premier cas, elles se produisent en général quand, la poche des eaux rompue ou non, les deux fœtus sont en quelque sorte arc-boutés au niveau du détroit supérieur, qu'ils ne peuvent par conséquent pas boucher complètement ; il peut bien arriver alors que l'un des huit membres s'y engage, et cette procidence aura grande chance de persister, retardant la parturition à cause de l'enclavement plus ou moins fort qui peut se produire, que le membre appartienne au premier fœtus ou au second. Plus souvent l'un des enfants, le premier, se présente par la tête, le second par le siège ; et si l'un de ses membres inférieurs ou tous les deux se défléchissent, ils pourront venir faire procidence à côté de la

tête ; dans les deux observations que nous avons citées plus haut, les choses se passaient ainsi.

Les contractions utérines se transmettent au fœtus inférieur par l'intermédiaire de celui qui est logé dans le fond de la matrice et sur lequel agissent directement les fibres musculaires. Cette pression n'est pas toute transmise d'une manière uniforme, et il peut se faire que, par suite des rapports des fœtus entre eux et de leurs positions respectives, elle soit appliquée sur l'un des membres en particulier, en même temps que le sommet et tout le contenu de l'utérus sont poussés au dehors par un mouvement de totalité ; il n'est pas étonnant que ce membre vienne alors faire procidence, s'il reçoit la plus grande partie de l'effort de l'utérus. Les procidences des membres du second fœtus, après la naissance du premier, sont assez fréquentes ; elles existaient quelquefois auparavant et n'avaient pu être diagnostiquées ; mais le plus souvent elles ne se produisent qu'à ce moment-là. Le travail est interrompu, et ce n'est en général qu'au bout de quelques minutes, parfois de quelques heures, qu'il recommencera. Le second fœtus jouit alors d'une très grande mobilité dans un utérus qui ne s'est pas encore complètement resserré sur lui ; de plus, il est souvent encore renfermé dans sa poche des eaux intacte. La rupture en sera faite artificiellement au moment où reparaîtront les contractions utérines que l'on aura provoquées par des frictions et un massage, en quelque sorte, de la paroi de l'abdomen, manœuvres qui pourront aussi contribuer à modifier la position de l'enfant. Dans ces conditions, la procidence d'un membre est chose assez commune, et ce ne sera pas le col déjà une fois complètement dilaté qui arrêtera sa descente et l'empêchera d'arriver au dehors avant ou en même temps que la tête. Quelquefois, la poche des eaux du second fœtus s'est rompue au début même du travail, ou bien il n'y avait qu'une seule poche, et un de ses membres peut être entraîné au dehors au moment de l'expulsion du premier.

Cette dernière cause est la seule qui soit réellement propre à l'accouchement gémellaire ; les autres ne sont que le résultat des conditions particulières dans lesquelles se trouve l'utérus, distendu par un produit plus volumineux que de coutume. C'est celle qui paraît agir avec le plus d'efficacité, puisque les membres du second fœtus sont ceux qui font le plus souvent procidence après l'expulsion du premier, 7 fois sur 9 dans notre statistique, 7 fois sur 8 dans celle de Depaul.

7° *Changements spontanés de présentation.*— Ces changements de présentation des derniers moments de la grossesse ont été signalés par beaucoup d'accoucheurs ; ils font exception à la règle qui veut que la présentation soit peu sujette à varier à partir du neuvième et même du huitième mois. Il est évident que *a priori* on peut supposer qu'ils favorisent les procidences, puisque le fœtus, quoique plongeant dans l'excavation, ne peut y être encore engagé à proprement parler, et puisqu'il doit jouir d'une grande mobilité pour exécuter spontanément des mouvements, non seulement de totalité, mais aussi des mouvements des membres. Nous avons déjà fait remarquer que l'on pouvait considérer certaines procidences d'un membre supérieur comme résultant d'un changement spontané d'une présentation de l'épaule en présentation du sommet, par un mouvement inverse de celui qui se produit dans la terminaison par évolution. Wigand, d'Outrepont, ont préconisé la version céphalique par manœuvres externes, par laquelle on cherche artificiellement à arriver au même résultat ; s'il y a déjà déflexion du bras et que l'on ne puisse le réduire, ce qui doit arriver souvent, puisqu'il n'a alors aucune tendance naturelle à remonter dans l'utérus, on ne réussit qu'à amener la tête à côté du bras, et l'on n'en est pas moins obligé de terminer par la version podalique si l'accouchement spontané tarde à se faire.

CAUSES QUI DÉPENDENT DE LA MÈRE. — 1° *Grande quantité de*

liquide amniotique.— L'hydropisie de l'amnios favorise les procidences des membres comme celles du cordon et les mauvaises présentations en général. Pendant tout le temps de la grossesse et surtout vers la fin, la mobilité du fœtus est toujours plus grande que dans l'état normal ; il en résulte que ce n'est que très tard qu'il prend une position définitive, qui est plus que dans tout autre cas sujette à se modifier subitement. Il dispose de plus d'espace pour exécuter des mouvements actifs et il est mieux protégé contre les contractions de l'utérus, qui tendent à l'immobiliser dans sa position normale. Celles-ci sont moins fortes ; à cause de sa grande distension, cet organe ne conserve pas une forme ovoïde, et par suite le fœtus peut prendre une position très inclinée, qui, si elle ne devient pas une présentation transversale, peut prédisposer à l'engagement du membre, celui surtout du côté qui répond à l'inclinaison.

Il n'est pas besoin d'insister longuement sur la facilité avec laquelle cette cause peut prédisposer à la procidence. Rubé se refuse à l'admettre, parce que son importance n'est pas appuyée d'un nombre suffisant de faits ; mais où peut-on trouver des statistiques où cette particularité de l'accouchement soit notée exactement ? mais alors la mobilité du fœtus, le défaut de contractilité, son obliquité, ne peuvent pas plus être invoqués : ces conditions sont la plupart du temps intimement liées à l'hydropisie de l'amnios. Elle est la plus importante des causes auxquelles les auteurs attribuent les procidences du cordon comme des membres, depuis Louise Bourgeois (citée par Depaul) jusqu'à nos jours. La quantité réelle de liquide amniotique est, il est vrai, difficile à apprécier rigoureusement ; mais nous croyons que lorsque son abondance est signalée dans les accouchements, surtout dans les Maternités, où ils sont fréquemment observés et suivis dans toutes leurs périodes, et où toutes les circonstances peuvent être facilement comparées au moins à vue d'œil, si je puis m'exprimer ainsi, c'est que cette abondance est réelle. Ainsi, elle a été remarquée

une quinzaine de fois dans les 142 accouchements avec procidences ; on voit que c'est une proportion assez forte, étant donné le grand nombre de cas où l'on a dû s'abstenir d'en parler, faute d'avoir pu prouver mathématiquement l'exactitude de son assertion. Cette quantité de liquide a été mesurée une fois dans l'observation que nous rapportons ici.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, primipare, enceinte de sept mois et demi environ, qui a éprouvé les premières douleurs de l'enfantement le 30 mars 1873. Sa taille est de 1^m,25 ; elle présente une carie du tibia et de la colonne vertébrale avec scoliose. La mensuration externe du diamètre sacro-pubien ne donne que 16 centim., au lieu de 19 qu'il doit avoir. On constate la présentation d'une partie très mobile. Le 12 avril, quatre jours après, la dilatation n'est encore que de 2 centim. ; les douleurs, toujours faibles se ralentissent un peu. MM. Ville-neuve et Magail se décident pour la rupture artificielle, que l'on pratique aussitôt : on recueille 4 litres et demi de liquide. Ils constatent une présentation du sommet avec procidence de la main, et laissent l'accouchement se poursuivre seul. Le 3, à 3 h. du matin, la tête s'engage, la dilatation s'augmente, la rotation commence, et la circulation fœtale s'entend toujours. A 7 h., elle se ralentit : la femme est épuisée. On termine l'accouchement par une application de forceps. Garçon de 2,400 gram. et 45 cent. de long ; mort après quelques inspirations. La mère est morte vingt-six heures après.

Cette observation est intéressante au point de vue de la quantité de liquide contenue dans la poche amniotique, quantité qui normalement est de 500 à 800 gram. Mais le rétrécissement y est le fait le plus important, et elle ne serait pas ici à sa place si elle ne mettait en relief l'influence relativement heureuse de l'hydramnios, qui a provoqué un accouchement prématuré. Il aurait peut-être pu se terminer spontanément et sans dangers pour la mère et pour l'enfant si le rétrécissement avait été moins fort ou la grossesse un peu moins avancée.

La grande quantité de liquide amniotique peut donc aussi être indirectement cause de procidences, parce que, faisant accoucher avant terme, les enfants sont plus petits.

Nous verrons plus loin qu'elle les favorise aussi quand elle vient à s'écouler brusquement.

2° *Vices de conformation du bassin.* — Ils peuvent consister, soit dans son amplitude, soit dans son étroitesse.

Amplitude. — Je dirai quelques mots de l'amplitude exagérée, qui n'est pas en général une condition défavorable ; elle coïncide le plus souvent avec un bassin régulièrement conformé quant aux dimensions relatives de ses parties, mais dont les diamètres sont plus grands qu'à l'état normal. Les femmes sont exposées à accoucher trop rapidement et les procidences des membres peuvent se produire avec facilité, parce que l'accouchement se passe comme dans le cas d'un fœtus de petit volume. Ajoutons que cette amplitude même est quelquefois une cause d'accouchement avant terme ; si quelque membre descend alors avec ou avant la tête, la parturition n'en sera pas retardée pour cela, puisque le fœtus sera trop petit, d'une manière absolue, étant avant terme, et, d'une manière relative, ayant à franchir des diamètres plus grands qu'à l'état normal.

Cette conformation est rarement signalée, quoiqu'elle doive se présenter assez souvent chez les femmes de grande taille ; c'est elle qui fait les accouchements rapides, dont la prédisposition se transmet souvent de mère en fille. Nous n'avons pas observé d'accouchements avec procidences où l'on n'ait pu lui attribuer quelque influence sur le travail ; une observation de M. Matteï à ce sujet mérite d'être rapportée.

Il s'agit d'une femme, Maria G..., 36 ans, d'une taille moyenne et dont les saillies osseuses sont très prononcées. Elle a eu neuf grossesses antérieures, qui la plupart se sont terminées par des avortements auxquels on ne peut assigner aucune cause connue ; les grandes douleurs n'ont jamais duré plus d'une heure, même dans les cas où elle est arrivée à terme. Le 22 décembre 1852, elle a les premières douleurs ; le 23 seulement la dilatation est complète, on sent dans le

conduit vulvo-utérin le pied gauche, le cordon tendu et la tête. Le ventre était très développé : on pouvait croire à une grossesse gémellaire. La tête était assez mobile ; au lieu de tirer sur le pied, on le refoule, dans la crainte qu'il n'appartint à un autre fœtus. La tête s'engagea et l'accouchement se termina rapidement. L'enfant était mort, probablement par suite de la compression du cordon. Les diamètres de sa tête étaient normaux ; ceux du bassin de la mère étaient plus grands, car il y avait 26 centim. au lieu de 24 qu'il y a normalement entre les deux épines iliaques antérieures et supérieures, et 20 au lieu de 18 ou 19 entre la partie antérieure et supérieure de la symphyse des pubis et du sommet de la première apophyse épineuse du sacrum. (*Gazette des Hôpitaux*, 21 février 1854.)

L'amplitude du bassin est ici directement prouvée par la mensuration externe ; les avortements et les accouchements rapides qu'avait déjà eus cette femme permettaient de le supposer. Il en est de même de tous les cas où les accouchements, soit de primipares, soit de multipares, ont une durée au-dessous de la moyenne, malgré la procidence d'un membre, qui, étant un effet de l'amplitude exagérée du bassin, est en général impuissante à retarder le mouvement de descente de la tête.

Étroitesse du bassin. — Dans les conditions normales, quand la tête s'engage au détroit supérieur, elle s'applique exactement contre ses bords, et ce n'est que par le mouvement de flexion qu'elle peut arriver à le traverser. Si l'on ne tenait pas compte de la présence du liquide amniotique et si l'on supposait que cet engagement ne se fait qu'au moment des premières douleurs, sous l'influence des contractions actives de l'utérus, comme l'admettent la plupart des auteurs qui décrivent les divisions du travail, il serait impossible que le cordon ombilical ou quelque membre vint procider à côté de la tête. La plupart du temps, dans les bassins réguliers, c'est ainsi que les choses se passent ; l'adaptation de la tête au détroit supérieur est si exacte que le liquide amniotique lui-même ne peut s'écouler entre ces parties que

quand on soulève la tête avec le doigt. Les déformations du bassin ont précisément pour effet d'empêcher la tête de venir se mouler en quelque sorte sur le rebord du détroit supérieur ; elle reste suspendue au-dessus de lui plus ou moins longtemps, suivant le cas, et c'est dans ces circonstances que des procidences peuvent se produire.

A un premier degré de conformation mauvaise, le bassin peut être simplement étroit, sans courbure ni déformation des os (*justo minor*). Les procidences ne risquent pas de se produire plus souvent qu'à l'état normal. Mais cette étroitesse est quelquefois exagérée par suite de quelque arrêt de développement, chez des naines par exemple, et l'engagement de la tête d'un fœtus à terme devient alors complètement impossible.

Un rétrécissement plus prononcé est celui dans lequel l'angle sacro-vertébral fait une saillie plus forte qu'à l'état normal et diminue ainsi le diamètre sacro-pubien, les autres diamètres conservant leurs dimensions et étant quelquefois plus grands. Cette déformation suffit pour arrêter quelque temps la tête au détroit supérieur, même quand elle est légère, et c'est à ce moment-là, comme dans la simple étroitesse, qu'un membre peut tomber en procidence.

Cependant l'accouchement spontané n'est pas toujours impossible. Quoique la tête soit engagée et paraisse d'autant mieux boucher le détroit supérieur qu'elle y est en quelque sorte plus forcée, on constate souvent des procidences graves. On ne peut plus se contenter alors de cette raison, que la tête est arrêtée au-dessus du détroit supérieur.

A l'état normal, ce détroit est en général considéré comme une sorte de trigone curviligne dont les deux diamètres obliques sont les plus grands et produisent l'engagement normal oblique de la tête. Si l'on suppose le promontoire plus ou moins saillant et les diamètres obliques peu ou à peine altérés, la forme du détroit supérieur se change en celle de deux ellipses empiétant

l'une sur l'autre et situées de part et d'autre du diamètre sacro-pubien, qui peuvent chacune respectivement permettre l'engagement de la tête. On peut donc admettre que le passage de la tête se localise presque en entier dans une moitié du détroit supérieur, l'autre restant plus ou moins inutilisée. C'est par cette dernière que peuvent se faire les procidences dans les accouchements où, la tête s'étant engagée malgré un rétrécissement, il semble qu'elle doive boucher le détroit supérieur et se mouler en quelque sorte sur toute sa circonférence. Dans ce cas, les contractions utérines sont énergiques, le fœtus est fixé sur une partie latérale du bassin; il se replie en deux : voilà comme quoi ce sont souvent les membres inférieurs qui viennent faire procidence à côté de la tête, en passant par la partie du détroit supérieur, que la tête, engagée du côté opposé, ne peut venir occuper.

Les rétrécissements ne sont pas produits seulement par la saillie exagérée de l'angle sacro-vertébral, mais aussi par ce fait qu'il est déjeté de l'un ou de l'autre côté de la ligne médiane. Dans un pareil bassin, on retrouve les mêmes conditions que dans la simple saillie exagérée du promontoire. Il est facile de concevoir que si la tête s'engage, ce sera dans la plus grande des deux ellipses, qui sont alors inégales, l'autre restant toujours suffisante pour qu'un membre vienne s'y loger. Si elle ne s'engage pas, c'est qu'elle se trouve du côté le plus rétréci, et la procidence s'explique alors suffisamment par le défaut d'engagement.

Ces deux détroits supérieurs au bassin vicieux se confondent rapidement à mesure que l'on descend dans l'excavation; c'est aussi ce qui explique pourquoi les procidences qui ont lieu dans ces cas ont plus de gravité. Elles n'ont pas autant de tendance à se réduire spontanément, à cause de la facilité même avec laquelle le membre s'est engagé au début du travail et de la convergence des axes de ces deux détroits, qui produit forcément l'enclavement. Nous verrons que cette disposition peut servir aussi à expliquer pourquoi le forceps est préférable à la version podal-

lique, quand on suppose qu'il suffira pour terminer un pareil accouchement.

Cette théorie permet de comprendre pourquoi le pronostic des procidences est plus fâcheux dans les rétrécissements, mieux que celle dont on se contente ordinairement et qui ne les attribue qu'au retard ou au défaut de l'engagement de la tête. Elle a été généralisée par José Moralès (de Lima), dont nous trouvons la théorie exposée par Sabatier¹. Cet auteur admet que, même à l'état normal, le détroit supérieur est formé de deux parties distinctes. Ce qu'on pourrait appeler l'axe d'engagement passe dans l'une ou dans l'autre de ces parties, suivant que l'on a affaire à des positions gauches ou droites. Il en résulterait qu'il y aurait toujours une partie du détroit supérieur complètement remplie par la tête, qui pourrait laisser passer une présentation accessoire. Nous croyons cette opinion fort exagérée dans les bassins normaux. La saillie du promontoire est insuffisante pour diviser l'aire du détroit supérieur en deux parties aussi distinctes ; mais elle est assez forte pour que l'on puisse admettre, au contraire, que c'est la partie droite dans les occipito-iliaque gauches, gauche dans les occipito-iliaque droites, qui est la plus entièrement occupée, tandis que les parties respectivement opposées, celles qui correspondent à l'occiput, peuvent laisser un passage, surtout au niveau de la symphyse sacro-iliaque, qui est la partie la plus reculée de la circonférence du détroit supérieur. Cette considération découle de la fréquence de la position occipito-iliaque gauche antérieure, attribuée en général à ce fait que, au début du travail, le rectum, souvent rempli de matières fécales, trouve sa place à gauche à côté de l'occiput. Les positions occipito-iliaque droites ne devraient-elles pas être les plus fréquentes s'il restait un espace disponible du côté opposé à l'occiput ? D'ailleurs, ne voit-on pas la plupart des procidences des membres supérieurs, complè-

¹ A. Sabatier ; Étude sur la descente dans les bassins normaux. Th. Lyon, 1880.

tes ou incomplètes, se faire sur les parties latérales de la tête ?

C'est donc dans les bassins asymétriques que les choses doivent se passer comme l'indique la théorie des deux détroits supérieurs, et que les procidences peuvent être à craindre, quoique l'engagement ait pu se faire et que l'accouchement puisse se terminer naturellement ou non. La longueur du sacro-pubien n'est pas, dans ces bassins, un renseignement suffisant pour apprécier leur forme, et c'est en général le seul élément que nous connaissions des retrécissements que nous pourrions citer. Nous nous bornons par conséquent à faire remarquer que des procidences ont coïncidé avec des retrécissements huit fois dans nos observations. On en trouvera 11 dans la statistique de Depaul, en mettant de côté, bien entendu, les procidences du cordon seul.

3° *Anomalies de forme et de direction de l'utérus.* — Nous avons déjà fait remarquer que la présentation du sommet pouvait être attribuée à la forme ovoïde de l'utérus, qui tend à maintenir le fœtus pelotonné sur lui-même et son grand axe vertical. Mais il a quelquefois une forme plus ou moins régulièrement sphérique ou même allongée transversalement, comme dans les grossesses gémellaires. Le fœtus peut alors se placer plus obliquement qu'à l'état normal et présenter un de ses membres au voisinage de l'orifice. Ce membre peut s'engager avec la tête, quand l'inclinaison n'est pas devenue suffisante pour produire une présentation de l'épaule.

La même tendance aux procidences pourra encore se réaliser quand la position inclinée du fœtus est le fait de l'inclinaison elle-même de l'utérus. Il faut que cette dernière soit exagérée, car l'inclinaison légère à droite est un fait normal.

Nous ne pensons pas que les inclinaisons plus fortes, qui constituent alors de vrais déplacements de l'utérus, puissent être considérées comme des causes de procidences, car elles ne permettent pas à la grossesse d'arriver à terme. L'antéversion et la

rétroversion proprement dites, cette dernière surtout, ne s'observe que dans les premiers mois.

Cependant, à la fin de la grossesse, il peut se produire une sorte d'antéversion constituant ce qu'on appelle le ventre en besace ; l'utérus peut devenir presque horizontal, par suite du relâchement de la paroi abdominale. Le col est alors très en arrière, dirigé vers la concavité du sacrum, à peu près dans l'axe du corps. La position horizontale, que l'on a soin de faire garder à la femme dès que le travail est commencé, rend aux parties leurs rapports normaux. Ce déplacement pourrait un peu favoriser les procidences des membres ; cependant le fait n'a pas été signalé.

Il n'en est pas de même de la rétroversion, qui par suite du développement de l'utérus peut devenir rétroflexion et prédisposer aux procidences, d'après le mécanisme suivant. L'utérus se développe d'abord dans l'excavation et plus tard dans la cavité abdominale, d'où il résulte qu'au terme de la grossesse, la tête, coiffée du segment postérieur, est fortement engagée dans le bassin ; le promontoire est au niveau du cou. D'un autre côté, le col reste toujours très élevé et son orifice correspond en général, non à la région céphalique du fœtus, mais à la paroi du tronc. Les membres sont par conséquent dans son voisinage et très exposés à le franchir les premiers. C'est ce qui est arrivé dans l'accouchement dont je rapporte ici l'observation.

Une femme de 28 ans, ayant eu six grossesses antérieures, a les premières douleurs le 18 juillet 1860 ; la dilatation n'est complète que le 23, à 10 h. du soir ; les membranes s'étaient rompues le même jour à 5 h. du matin. On l'examine ce jour-là à 4 h. du soir : on sent la tête, un bras et des doigts n'appartenant pas à ce bras. L'orifice du col est très élevé et ne s'abaisse pas ; la concavité du sacrum est remplie par masse convexe formée par le fœtus : ce qui fait admettre une rétroflexion.

A 10 h. du soir, M. le professeur Villeneuve redresse l'utérus

par le procédé de Négrier (d'Angers); trois doigts introduits dans le rectum refoulent lentement mais fortement l'utérus. Au bout d'une demi-heure, les deux bras firent issue; on refoula le gauche, mais le droit ne put être réduit et resta à côté de la tête, qui se dégagera par la face en mento-iliaque gauche antérieure. Garçon vivant, pesant 2,900 gram.

On voit rarement la grossesse se continuer après les quatre ou cinq premiers mois et arriver à terme, malgré la rétroflexion, qui l'aurait rendue impossible dans ce cas, s'il ne s'était produit une réduction partielle du segment antérieur de l'utérus qui a pu se développer dans la cavité abdominale. Le fœtus se présente par le sommet et ne peut se dégager, parce qu'il ne trouve que la paroi postérieure de l'utérus et non le col à la partie la plus déclive de l'excavation. Il est rare aussi que la face soit tournée en avant; c'est ce qui a permis aux deux bras de s'engager simultanément dans l'orifice du col, qui était placé vis-à-vis du point où ils se croisent sur la poitrine. Cette disposition explique l'augmentation de la procidence au moment où la tête a été soulevée et l'impossibilité de la réduction de l'un des bras. Il s'est probablement produit un léger mouvement de rotation du fœtus sur son axe, qui a encore accentué la procidence du bras resté dehors. La déflexion de la tête a pu aussi être produite par les manœuvres de redressement de l'utérus, qui consistaient en pressions portant à travers cet organe sur l'extrémité postérieure du levier céphalique.

Cet exemple fait ressortir l'influence des changements de forme ou de direction de l'utérus sur les procidences. Ils peuvent les favoriser quand ils changent les rapports de la tête avec la partie cervicale de l'utérus, qu'ils amènent au niveau des membres. Si le col reste dans l'axe de l'utérus et si le fœtus ne s'en écarte pas trop, elles n'auront pas plus de chances de se produire qu'à l'état normal, où l'on voit que l'inclinaison légère de l'utérus à droite ne suffit pas à rejeter constamment la tête assez en de-

hors de l'axe de descente pour qu'une autre partie vienne se joindre à elle.

4° *Insertion vicieuse du placenta.* — Dans ce cas, la tête qui se présente ne peut descendre sur la partie inférieure de la matrice, qui ne la coiffe pas aussi exactement qu'à l'état normal. Elle reste plus mobile au-dessus du détroit supérieur, peut se porter vers l'une ou l'autre des fosses iliaques, et c'est alors qu'un membre peut s'engager. On peut admettre que le mécanisme de la production des procidences est alors le même que celui que l'on observe dans les rétrécissements du bassin. L'obstacle est formé par le placenta inséré sur le fragment inférieur de la matrice, au lieu de l'être par une saillie osseuse. Nous ne pensons pas qu'il faille attribuer à cette cause une influence très grande : les procidences coïncident rarement avec les insertions vicieuses.

5° *Défaut de contractions du segment inférieur de l'utérus.* — Nœgelé a avancé le premier que cette condition pouvait favoriser les procidences en empêchant encore l'adaptation exacte de la tête et du segment inférieur de l'utérus. L'éminent accoucheur a dû constater lui-même ce défaut de contractilité du col pour lui attribuer de l'importance au point de vue de cet accident. Nous ne pouvons qu'enregistrer son assertion, qui n'est applicable qu'à ces cas, probablement bien rares, où la présence du segment inférieur de l'utérus non encore dilaté est le seul obstacle qui s'oppose à la chute d'un membre.

6° *Multiparité.* — Je cite en dernier lieu la multiparité comme cause prédisposante, parce que, comme la grossesse gémellaire, elle résume la plupart des causes précédentes. Les parties génitales des multipares, dilatées par des accouchements précédents, laissent facilement s'engager la tête du fœtus et le membre qui vient augmenter un de ses diamètres ; et le plus souvent, chez elles, l'accouchement se termine spontanément sans que la pro-

cidence soit réduite. Il n'y a pas cependant beaucoup plus de multipares que de primipares dans notre statistique. Elle comprend un grand nombre de procidences incomplètes qui n'ont pas pu devenir complètes à cause précisément du défaut de dilatabilité des parties génitales de ces dernières. On en trouve 76 pour 60 primipares. La différence est un peu plus accentuée dans la statistique de Depaul : 87 pour 61.

CAUSES DÉTERMINANTES.

Toutes les conditions dont nous venons de parler prédisposent aux procidences, mais ne les occasionnent pas nécessairement. Comme causes déterminantes, on ne peut guère compter que : 1° certains mouvements brusques de la femme, et 2° la rupture des membranes avec écoulement subit du liquide amniotique.

1° C'est souvent au lever, en passant de la position couchée à la position assise ou droite, ou dans la légère mais brusque chute sur les pieds qui constitue le saut du lit, ou dans une chute sur les genoux, qu'un membre peut venir faire procidence.

2° Souvent aussi, à ce moment, les membranes se rompent à leur partie inférieure, les eaux s'écoulent, la femme est inondée, et un membre peut être d'autant plus facilement entraîné au dehors, qu'elles sont plus abondantes. C'est ainsi que l'hydropisie de l'amnios peut encore favoriser la procidence au moment de la rupture. Il faut que cette rupture soit prématurée, c'est-à-dire qu'elle ait lieu avant le début du travail ou avant que la tête soit fortement engagée, pour pouvoir être considérée comme une cause occasionnelle de procidence. Plus tard, quand elle se produit à l'époque normale, c'est-à-dire quand la dilatation du col est complète ou va se compléter, elle ne peut plus avoir une grande influence ; s'il y a une procidence, elle s'est déjà produite par une des causes dont nous avons parlé plus haut.

Il est à remarquer cependant que dans la moitié des cas dont

nous donnons le résumé, la rupture a eu lieu avant que la dilatation fût achevée ; mais on ne peut lui accorder une influence certaine que dans une vingtaine d'accouchements où la rupture a été réellement prématurée, s'étant produite avant le début du travail ou pendant les premières douleurs, et où l'on peut attribuer l'issue des membres à leur entraînement par le flot du liquide qui s'est écoulé subitement.

Ce nombre est assez fort pour justifier l'importance que nous attribuons à cette cause, d'autant plus qu'elle a presque toujours produit des procidences complètes.

Nous avons signalé une dernière cause de procidences qui ne peut être comparée avec aucune de celles dont nous avons parlé. Il arrive quelquefois que la procidence d'un bras fait croire à une présentation de l'épaule et que l'on va chercher les pieds pour terminer l'accouchement. S'il se présente quelque difficulté qui empêche de terminer la version, on n'est arrivé qu'à produire une nouvelle procidence. Il ne faut donc pas s'exposer à tenter une opération inutile sans s'être assuré que c'est réellement l'épaule qui se présente et non pas le sommet.

Des tentatives maladroites de version peuvent aussi amener au dehors une main, alors que l'on croyait avoir saisi un pied. Une simple exploration peut également produire ce résultat, surtout si la femme est debout, si on cherche à produire le ballottement d'une manière trop prononcée, et si l'on vient à rompre les membranes et à produire un écoulement rapide des eaux.

Nous n'insisterons pas sur ces procidences intempestives, que l'on peut éviter avec quelques précautions et un diagnostic exact de la présentation.

CHAPITRE V.

COMPLICATIONS.

Nous avons vu que les procidences complètes étaient graves non seulement par elles-mêmes, mais aussi par les complications qui peuvent survenir.

La plus importante est la procidence du cordon. Cela n'a rien d'étonnant quand on songe que la plupart du temps ces deux accidents reconnaissent les mêmes causes et sont favorisés par les mêmes dispositions fâcheuses du côté du fœtus ou de la mère. De plus, les membres préparent la voie du cordon, comme l'a dit M^{me} Lachapelle après les anciens accoucheurs, Mauriceau, de la Motte, etc., qui citent des exemples de cette double procidence. Nous en avons relevé 19 dans notre statistique ; les membres sont presque toujours (13 fois) entièrement descendus à côté de la tête. On comprend que le prolapsus du cordon n'est facilité qu'à cette condition ; il ne peut, par son propre poids, malgré les contractions utérines, s'ouvrir un passage entre la tête et les parois du bassin, comme la main par exemple, qui, conique et plus résistante, recevant une impulsion de l'utérus lui-même par l'intermédiaire de l'avant-bras, s'insinue peu à peu comme un coin entre ces mêmes parties.

Chaque fois que le bras droit a fait procidence complète à côté de la tête dans la position occipito-iliaque gauche antérieure, il y a toujours été accompagné par le cordon. Cette coïncidence paraît tenir à ce que, dans cette position, la partie antérieure de la circonférence du bassin occupée par le bras droit est la plus rapprochée d'une des extrémités du cordon du nombril du fœtus, mais

nous ne croyons pas que l'on puisse attacher à cela une grande importance.

La procidence du cordon vient souvent compliquer les présentations simultanées de la tête avec les pieds, ou une main et un pied. Le fœtus est alors replié sur lui-même, l'abdomen tourné du côté du col, au-dessus duquel le cordon est suspendu. Tel est le cas rapporté par Cazeaux et dont nous avons déjà parlé.

L'observation que nous avons rapportée plus haut tout au long (n° 165 de la statistique de Depaul), nous montre que, quand ces deux procidences se produisent, il ne faut pas vouloir toujours les rattacher nécessairement l'une à l'autre. Celle du cordon est quelquefois la première, parce que le cordon est plus que les membres exposé à tomber au dehors quand le passage lui est ouvert. Ces derniers, dans ce cas, n'abandonnent pas toujours leur position normale, puisque le fœtus peut de lui-même les déplacer ; il peut aussi les garder immobiles et opposer une résistance passive aux forces qui tendent à les lui faire défléchir ; il n'a aucune action sur le cordon, qui est dépourvu de tissu musculaire.

La procidence du cordon, lorsqu'elle est compliquée de membres, est aussi grave que lorsqu'elle est simple, et nous avons de la peine à admettre que la présence d'un membre à côté de cet organe puisse le protéger et empêcher sa compression suffisamment et assez longtemps pour qu'on puisse dire qu'elle est une circonstance favorable. Sur les 19 cas dont j'ai parlé plus haut, trois fois seulement l'enfant a pu être sauvé. La première fois, c'était un deuxième petit jumeau ; la seconde, la main resta toujours très élevée et n'aurait pu empêcher beaucoup la compression du cordon si elle avait dû être forte ; l'enfant était chétif. Enfin, la troisième fois c'était une position sus-pubienne. Le tête ne s'engageait pas et n'avait pu par conséquent beaucoup comprimer le cordon, alors même qu'il n'y aurait pas eu de procidence d'un membre. Néanmoins l'enfant, extrait au moyen du forceps,

naquit à demi-asphyxié et ne put être rappelé à la vie qu'à l'aide des moyens usités en pareil cas.

Lorsque le bassin est bien proportionné, que les contractions utérines ont une force suffisante et que le fœtus n'est pas d'un volume excessif, les procidences incomplètes n'apportent aucune modification au travail.

Quand ces conditions ne sont pas aussi favorables, on n'observe le plus souvent qu'une augmentation de sa durée, augmentation qu'il serait difficile de démontrer par une moyenne, étant donné la variabilité excessive de cette durée dans les accouchements normaux, mais qui est bien évidente dans certains cas où l'on voit le progrès du travail se suspendre dès que la procidence se produit et l'utérus s'épuiser en vains efforts jusqu'à ce qu'elle ait été réduite; il se continue alors naturellement. L'observation citée plus haut (pag. 20) est un exemple de ce retard. La tête arriva à la vulve et rétrograda ensuite, pour ne plus reparaitre pendant une heure, au bout de laquelle l'accouchement se termina spontanément. Il n'avait cependant duré que neuf heures chez cette femme, qui était primipare. Il faut ajouter que le bras était en travers, derrière la nuque, c'est-à-dire qu'il s'agissait d'une procidence incomplète, c'est vrai, mais de celles qui peuvent apporter un obstacle sérieux au mouvement de progression. Le premier cas de ce genre, cité par Simpson, ne paraît pas très concluant au point de vue du retard apporté à l'accouchement par la position transversale du bras, puisqu'il fut obligé de le terminer par une version; la réduction de la procidence ne l'avait pas accéléré.

Il est difficile d'apprécier jusqu'à quel point on peut reprocher aux procidences des membres l'allongement du travail; on peut toujours supposer qu'il y a quelque autre cause: l'insuffisance des contractions utérines, l'obliquité du fœtus ou de la matrice, un rétrécissement léger, ou, ce qui revient au même, un volume

excessif et une réductibilité moins grande de la tête du fœtus. Cette dernière circonstance fait souvent croire à une de ces simples étroitesse pelviennes, sans déformation, dont nous avons parlé en faisant l'étude des causes.

Dans les cas plus graves, la lenteur du travail ou même son arrêt complet n'est le résultat que de la compression des parties qui se présentaient ensemble ; on peut observer alors des complications particulières résultant de cette compression prolongée que la tête et le membre exercent l'un sur l'autre. Les auteurs anciens parlent de cas de ce genre où le bras était engorgé et même sphacélé. Du côté de la tête, il se produit quelquefois des fractures, ou plutôt des enfoncements, comme dans les cas que nous rapportons ici. Il semble que, dans les cas de procidences de membres, la pression inégale et localisée sur certains points que la tête doit supporter, ne facilite pas autant une réduction régulière, et moins dangereuse pour l'enfant, du volume de sa tête.

Dans une des observations de la Maternité de Marseille, il y avait procidence complète du bras droit ; le sommet, en deuxième position, ne descendait pas, quoique la dilatation fût complète. La version et deux applications de forceps ne donnèrent aucun résultat, et la femme accoucha spontanément, un peu après, d'une fille morte pesant 3,225 gram. Le bras droit, qui était placé derrière l'oreille droite, était très tuméfié ; il présentait à sa partie moyenne une forte dépression produite par la tête d'un côté, le bassin de l'autre. Il y avait un enfoncement au niveau de la bosse frontale droite (correspondant à l'angle sacro-vertébral) et au-dessus de l'oreille gauche. Le diamètre sacro-pubien avait moins de 9 centim., le diamètre bipariétal n'avait que 88 millim., et 105 en y ajoutant l'épaisseur du bras.

Une autre fois, dans une première position du vertex, on constata sur un garçon de 2,800 gram., né mort, le chevauchement de la moitié postérieure du pariétal droit sur la gauche, la désar-

ticulation de l'occipital, un enfoncement de sa partie droite et de la portion écailleuse du temporal droit. Les diamètres de sa tête étaient : bipariétal = 80, SOB = 77, OF = 110, OM = 120.

La mensuration externe antéro-postérieure du bassin avait donné 170 millim., ce qui correspond à un diamètre sacropubien de 90. Le rétrécissement n'était pas suffisant pour expliquer de pareilles lésions, s'il n'avait pas fallu tenir compte de l'augmentation de volume produite par le bras gauche, qui était placé sur la partie latérale de la tête.

Jörg (Nœgelé et Grœnser, traduits par Aubenas, pag. 541) prétend que la compression du bras à côté de la tête peut être assez forte pour produire des désordres dans les articulations et même des fractures. Nous n'avons pu trouver de cas où il y eût autre chose que de la contusion et une forte tuméfaction ; il est permis de supposer que des phlyctènes et de la gangrène apparaîtraient si on n'intervenait pas pour délivrer la femme.

Nous avons omis de signaler comme complication moins grave du côté de la tête, un développement très considérable de la bosse sanguine, qui vient se mouler sur le membre prolabé.

La lenteur du travail peut provenir encore de ce que le membre qui a fait issue avec la tête gêne quelquefois beaucoup le mouvement de rotation nécessaire pour qu'elle arrive au dehors. On fut obligé de faire artificiellement la rotation avec le forceps, dans l'observation citée à la pag. 23. Le fœtus avait les deux mains sur les parties latérales de la tête.

D'autres fois, une main peut se placer sur la face avant la flexion initiale, et empêcher quelque temps cette flexion, de façon que le sommet s'engage moins facilement.

En résumé, en dehors de la procidence du cordon, il ne se produit d'autres complications graves que celles qui peuvent résulter du retrécissement concomitant. Mais nous avons vu que ce n'était pas au retrécissement seul, mais aussi quelquefois à la procidence qu'il fallait attribuer la dystocie complète, c'est-à-dire

l'enclavement qui amène presque toujours la mort de l'enfant et souvent celle de la femme, à cause des mauvaises conditions où elle se trouve et des manœuvres que l'accoucheur est obligé de pratiquer pour la débarrasser.

CHAPITRE VI.

PRONOSTIC.

Si l'on met de côté les cas où les procidences coïncident avec des retrécissements, on peut dire que leur pronostic est très bénin ; elles ont de la tendance à se réduire, et se réduisent en effet souvent d'elles-mêmes quand la tête traverse l'excavation. C'est ainsi que nous avons vu les procidences incomplètes des membres supérieurs passer souvent inaperçues ; elles n'exercent aucune influence sur l'accouchement et ses suites.

Celles qui sont complètes offrent d'autant plus de gravité que le membre est plus engagé. Leur réduction est facile si la poche des eaux n'est pas encore rompue ou s'il reste une certaine quantité de liquide au-dessus du cercle utérin. Leur principal inconvénient est d'allonger la durée du travail et de nécessiter l'intervention de l'accoucheur pour obvier à cette prolongation quand le fœtus commence à en souffrir.

Les procidences des membres inférieurs, quel que soit le degré, sont plus fâcheuses ; nous avons vu qu'elles se présentaient rarement sans qu'il y eût quelque autre complication beaucoup plus grave qui commande alors la situation.

Elles aggravent considérablement le pronostic dans les retrécissements, en admettant même qu'ils ne soient pas tels que la tête n'ait pu franchir les diamètres du bassin si un membre ne s'était engagé en même temps. Dans ces cas, plusieurs membres font issue à la fois, et nous avons vu comment il pouvait se pro-

duire un enclavement amenant la mort du fœtus et une fatigue extrême de la mère, qui s'épuise quelquefois longtemps en vains efforts pour arriver à l'expulser, et qui peut succomber à la peine. Et il faut alors qu'elle courre les risques d'une opération aussi grave que la céphalotripsie ou l'embryotomie !

Nos 142 observations de procidence se divisent en 87 complètes et 55 incomplètes, qui donnent : les premières 49 enfants morts, les secondes 3 ; au total, 41 morts et 101 vivants.

Si l'on défalque 8 cas où l'enfant était mort avant le début du travail, il en reste 30 où la mort ne peut pas être imputée toujours à la procidence, à cause des retrécissements et des chutes du cordon, qui sont comprises dans ce nombre.

Sur les 3 morts dans les procidences incomplètes, pour 2 la mort est expliquée par la rupture prématurée quatre jours avant le début du travail et par des accès d'éclampsie.

En somme, les procidences des membres ne paraissent avoir été funestes qu'à 31 enfants sur 142, et nous voyons que ce nombre pourrait être réduit si l'on tenait compte de tous les autres risques de mort qui menacent le fœtus pendant le travail.

La statistique de Depaul donne 30 cas de mort sur 150 accouchements, en ne comptant pas les 8 cas où le fœtus avait succombé avant le travail.

CHAPITRE VII.

DIAGNOSTIC.

Nous avons déjà fait remarquer combien souvent les procidences des membres n'étaient pas diagnostiquées dans les présentations du sommet. L'accoucheur ou la sage-femme ont reconnu par un examen assez superficiel, et suffisant il est vrai si on ne veut acquérir que cette notion, que l'enfant se présente par le sommet. Par conséquent, « la présentation est bonne » et il n'y a plus

qu'à attendre que le travail ait parcouru toutes ses périodes. C'est à cause précisément de la possibilité de la complication dont nous nous occupons, qu'il est nécessaire de revenir plusieurs fois au toucher pour s'assurer qu'elle ne s'est pas produite dans l'intervalle, alors même qu'on aurait déjà bien reconnu la position et toutes les autres conditions qui permettent de prédire un accouchement heureux. On s'explique souvent ainsi la prolongation du travail dans des cas où il paraissait se terminer à bref délai, et il devient possible d'y remédier sans qu'on soit obligé d'invoquer l'inertie utérine ou même d'autres complications plus graves.

Beaucoup de procidences incomplètes, peu importantes il est vrai, ne peuvent être reconnues parce que le doigt ne peut arriver jusqu'au membre déplacé ; mais si une main ou un pied s'avancent entre la tête et le col, on pourra très bien les sentir en explorant avec soin le pourtour de la tête.

Dans les autres cas, la main ou le bras sont dans le vagin, et il est difficile de ne pas s'en apercevoir.

On peut être appelé à constater une procidence avant ou après la rupture des membranes.

Avant la rupture, le toucher permet de reconnaître à travers les membranes des parties mobiles qui fuient sous le doigt ; cette mobilité caractérise les membres, mais empêche quelquefois de les déterminer exactement ; à ce moment-là aussi, le col n'est souvent pas complètement dilaté, son orifice est tourné en arrière et les parties sont encore élevées. Souvent, dans ces cas de procidence, le liquide amniotique peut facilement venir former une poche des eaux très saillante, qui s'allonge en forme de boudin et apporte une gêne considérable aux explorations quand elle ne devient pas par elle-même une cause d'erreur. Si les membranes ne sont pas très tendues, elles embarrassent le doigt et peuvent donner la sensation du cordon ou d'une extrémité procidée.

Après la rupture, le diagnostic est plus facile. On arrive direc-

tement sur les parties qui se présentent, et il suffit d'un peu d'attention pour reconnaître les membres et le côté auxquels ils appartiennent, d'après la position du pouce ou du gros orteil ; de plus, elles sont mieux fixées contre la tête et n'échappent pas aussi facilement au doigt explorateur.

En somme, le simple diagnostic de la procidence ne devient important que dans les cas où elle est complète, parce que c'est alors une cause sérieuse de dystocie. Il est alors plus facile ; mais, à cause de cette facilité même, on est exposé à commettre des erreurs très graves, parce qu'on croit avoir affaire à des présentations de l'épaule et du pelvis. Il est donc essentiel, dans tous les cas de présentations des membres, de remonter le doigt à côté d'eux et de chercher à reconnaître la partie qui est au-dessus. En général, les membranes sont rompues et il n'y a pas de difficulté de ce côté-là. Si c'est le membre supérieur, on doit retrouver la saillie de l'acromion, le creux axillaire, la paroi du thorax et les autres parties caractéristiques de l'épaule, pour être sûr de la présentation du tronc. Quand il y aura seulement procidence, on sentira la tête au-dessus et à côté du bras descendu dans le vagin ; ce dernier sera quelquefois engorgé et tuméfié, et souvent aussi fixé et enclavé plus solidement que dans la simple présentation de l'épaule. On pourra aussi distinguer si la tête présente le vertex ou la face.

Dans les cas de procidence d'un membre inférieur, il faut songer aussi à la possibilité de la présentation simultanée de l'autre extrémité fœtale ; à cause de la gravité moins grande des présentations du pelvis, on se contente quelquefois d'un examen sommaire, et on peut alors tomber dans l'erreur que Cazeaux raconte (pag. 865) avoir fait une fois à propos d'une présentation de la face avec procidence d'un pied, et confondre avec la face les organes génitaux, l'anus et le sillon interfessier. Cette confusion est encore facilitée par l'analogie qui existe entre la convexité des fesses et celle de la tête ; la tuméfaction et la déformation de la tête ne

permettent pas de la reconnaître aisément quand elles sont exagérées.

Nous n'avons pas parlé des secours précieux que peuvent fournir l'auscultation et la palpation dans les cas qui précèdent; nous ne voulons pas exposer ici le diagnostic de toutes les présentations. Il nous suffit de rappeler que, dans tous les cas de procidences avec le sommet, le maximum des bruits cardiaques devra toujours s'entendre au-dessous de l'ombilic, et au palper on ne devra pas trouver la tête dans le fond de l'utérus; il est quelquefois difficile de la distinguer des fesses.

Ces deux moyens de diagnostic seront encore très utiles dans les cas où la procidence des membres à côté de la tête fera soupçonner une grossesse gémellaire. Si, dans un accouchement de ce genre, on veut intervenir pour le terminer plus rapidement, il est essentiel de savoir quelles sont les positions exactes des deux fœtus pour savoir quel est celui qu'il convient d'entraîner le premier au dehors. La procidence des deux pieds à côté de la tête peut quelquefois faire naître l'idée d'une grossesse gémellaire, surtout si une main se présente en même temps. On suppose volontiers que ces trois extrémités n'appartiennent pas au même fœtus. Joulin ¹ rapporte une observation de ce genre où cette erreur avait été faite; mais la position régulière de ces parties rectifia l'opinion de l'accoucheur : la tête était en 2^e position, les pieds en 5^e, c'est-à-dire que le fœtus était replié en deux. Dans l'Observation CLXV de Depaul, citée plus haut, l'occiput était tourné à gauche et en avant, les talons à droite et en arrière; et cependant c'étaient les pieds d'un autre fœtus. Rien n'avait fait soupçonner la grossesse gémellaire, qui aurait pu être reconnue par le palper et par l'auscultation.

Nous disions plus haut que la saillie prononcée de la poche des eaux pouvait gêner les explorations; elle a au moins cet avan-

¹ Thèse d'agrégation. Paris, 1863.

tage, lorsque les autres signes n'indiquent pas une présentation du pelvis ou de l'épaule, de faire prévoir qu'un membre se trouve en avant du sommet ou de la face qui se présentent.

Le diagnostic des procidences n'est donc important que lorsqu'on se voit obligé d'intervenir par le forceps ou la version; ne l'aurait-on pas fait, que l'application de ces moyens les ferait reconnaître. Ce qui est essentiel, c'est le diagnostic différentiel de la présentation du fœtus lui-même dans les cas où la longueur du bras que l'on trouve dans le vagin fait penser à une présentation de l'épaule, et dans ceux où l'on admet une présentation du siège parce que le pied et la jambe se trouvent dans le vagin. La présence du cordon vient quelquefois donner plus de force à cette opinion, car elle est fréquente dans les présentations du pelvis avec déflexion des membres inférieurs. C'est alors qu'il faut bien chercher à se rendre compte si la partie tuméfiée que l'on a sous le doigt, au lieu d'être le siège, n'est pas le sommet, plus difficile à reconnaître dans ces cas, à cause du grand volume que prend la bosse sanguine ou la face, dont les saillies et les dépressions engorgées et déformées peuvent rappeler les organes génitaux.

CHAPITRE VIII.

TRAITEMENT.

La rétropulsion du membre prolabé est le seul moyen de remédier directement à cet accident. Décrivons-la d'abord, et nous verrons ensuite s'il est toujours nécessaire, s'il est toujours possible de la pratiquer, et s'il ne vaut pas mieux souvent terminer l'accouchement par des moyens plus rapides, sans se préoccuper autrement de la présence d'un membre en avant ou à côté de la tête du fœtus.

Il convient d'introduire la main entière dans le vagin quand

on veut réduire une procidence. Si elle est peu prononcée, si l'extrémité est appliquée contre la tête, il suffit, la main étant à plat, de la repousser du bout des doigts par un mouvement de totalité, en même temps que l'on soulève un peu la tête quand elle a commencé de s'engager un peu fortement.

Si elle est complète, on doit, suivant le conseil du professeur Depaul, saisir le membre avec les doigts pour pouvoir le refouler parallèlement à son axe et ne s'arrêter que lorsque l'extrémité a dépassé la circonférence bipariétale. Ce procédé est plus sûr que celui qui consisterait à vouloir l'introduire peu à peu en le tenant par la partie qui affleure la tête, ou à l'accrocher entre deux doigts seulement, comme on fait pour le cordon. On doit le réduire dans une direction qui le ramène à sa position naturelle, sans chercher toujours à le placer au niveau des symphyses sacro-iliaques, comme certains l'ont conseillé, sous prétexte que ces dernières sont les points les plus reculés de la circonférence du détroit supérieur. C'est précisément ce qui expose à la récurrence de l'accident, sans compter que l'on peut avoir placé le membre dans une position vicieuse par rapport au fœtus, surtout si l'on n'a pas une notion bien exacte de la position de ce dernier.

Il est bon de suivre le conseil donné au siècle dernier par Puzos et Astruc, de faciliter la réduction par la position qu'on fait prendre à la femme ; on lui relève le siège avec des coussins plus haut que les épaules et la tête. On pourra aussi la placer sur les genoux et les coudes ; je crois qu'il est inutile de vouloir, comme l'ont indiqué quelques accoucheurs, la tenir presque verticalement appuyée par les bras sur le sol, tandis que des aides retiennent les membres inférieurs au niveau du lit.

Une considération importante domine le traitement de la procidence des membres : c'est celle de l'intégrité des membranes, qu'il ne faut jamais rompre sous aucun prétexte, sauf dans les cas exceptionnels où d'autres raisons plus graves obligent à terminer rapidement. Il y a toujours quelques chances de réduction spon-

tanée tant que la poche des eaux est intacte, alors même que le fœtus a commencé à s'engager et que sa mobilité a diminué.

Il faut laisser marcher seul un accouchement compliqué de la procidence légère d'un membre supérieur, puisque le plus souvent elle ne retentit pas d'une manière fâcheuse sur le travail. Quand les membranes sont intactes surtout, il est probable que la main se replacera dans sa position normale par le seul fait de la descente de la tête. Néanmoins, on ne peut reprocher à l'accoucheur de faire remonter cette extrémité au-dessus du détroit supérieur par une manœuvre involontaire qui n'est le plus souvent qu'une simple exploration.

Si les membranes sont rompues ou qu'il reste encore beaucoup de liquide, la réduction peut se faire dans les mêmes conditions ; mais il est inutile de renouveler les tentatives si la première a été trop difficile. En somme, dans ces cas, la non-intervention est ce qu'il y a de mieux.

Quand un membre supérieur est en procidence complète, doit-on tenir la même conduite ? Les auteurs conseillent la rétropulsion générale ; nous aimons mieux faire encore une distinction entre les degrés que présente cette procidence complète : ceux où le coude ne dépasse pas la circonférence bipariétale, où cette espèce de coin formé par l'avant-bras de forme conique n'est pas enfoncé à fond, et ceux où la partie humérale est au contact de la tête. Dans les premiers, nous nous en tiendrons à la pratique de notre vénéré Maître, le professeur Magail, qui nous rappelait dernièrement encore l'inutilité de toute manœuvre ; la réduction se fait presque toujours spontanément ; la main va au moins se placer au niveau du cou, où l'avant-bras se dégage en même temps que la tête sans aucun inconvénient.

La réduction spontanée est encore possible, même quand le bras est en procidence complète ; la tête descend le long du bras, ou ce dernier en même temps qu'elle. Mais ici les exemples de dys-

toe sont fréquents, sans qu'il existe aucun vice de conformation. Le coude forme au-dessous de la tête une saillie prononcée, et, pour peu que le bras s'engorge et que la bosse sanguine se développe fortement, il peut se produire une sorte d'enclavement des parties molles. Aussi vaut-il mieux faire la rétropulsion d'après le procédé que nous avons indiqué plus haut. Les membranes sont toujours rompues dans ces cas : elle sera d'autant plus facile qu'on le fera plus tôt.

Quand la procidence s'est produite depuis longtemps, que les eaux se sont écoulées, et que l'auscultation démontre que l'enfant commence à souffrir, il convient d'appliquer le forceps.

L'introduction préparatoire de la main suffit quelquefois à réduire la procidence : plus souvent, la difficulté de cette application est au contraire augmentée. Il ne faut pas redouter d'avoir saisi le bras avec l'instrument ; l'extraction sera peut-être un peu plus pénible, mais cela n'aura pas en général de conséquences fâcheuses.

La procidence d'un membre inférieur est un accident plus grave ; mais, quand elle est légère, il n'est pas urgent de repousser ce membre bien haut. Après quelques tentatives de ce genre, combinées à des manœuvres externes, le travail s'établit régulièrement et la tête vient s'engager assez pour que l'accident ne puisse plus se reproduire. Les pieds ont plus que les mains une tendance naturelle à se réduire à mesure que la tête s'engage, par suite du mouvement de bascule que le fœtus doit alors exécuter. Il faut se rappeler cependant qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que lorsque les membres inférieurs sont fortement fléchis en avant du corps, il leur devient plus difficile de reprendre leur place naturelle. J'ai cité l'exemple qu'en donne Chailly-Honoré : les pieds venaient s'arc-bouter sur le périnée ; cet éminent praticien se contenta de les engager dans l'orifice vulvaire, exagérant ainsi la procidence.

Dans ces cas, il faudra donc terminer par une application de

forceps, si la tête est trop engagée pour que la réduction soit possible ou si le travail s'est suspendu. Il est préférable à la version, qui expose l'enfant à la compression du cordon, mais il est prudent d'appliquer un lacs sur le pied en procidence, parce qu'on pourrait être obligé de pratiquer cette dernière opération.

Les procidences d'un pronostic plus grave sont en général compliquées de chute du cordon ou d'un rétrécissement qui doit aboutir à l'enclavement.

La chute du cordon est l'indication dominante. Si l'on n'a pu le réduire et si ses battements commencent à diminuer, il faut se hâter délivrer la femme par le forceps.

Quand il y a rétrécissement, ce qu'on doit toujours soupçonner dans les procidences graves, il faut remonter les parties prolabées ; si les douleurs sont bonnes, on peut laisser l'utérus agir seul : il arrive souvent à expulser son contenu sain et sauf, malgré un rétrécissement léger.

Si la femme est épuisée, l'enfant sur le point de succomber, le forceps pourra permettre de l'amener encore assez rapidement au dehors, mais les chances de survie sont alors notablement compromises.

Dans les rétrécissements très forts, on est obligé de sacrifier l'enfant et de pratiquer la perforation du crâne et la céphalotripsie. Ce sera aussi le seul moyen d'amener au dehors un fœtus déjà mort ; quelquefois le membre en procidence rend impossible l'introduction du forceps ou du céphalotribe, et l'on est obligé de pratiquer l'embryotomie.

Nous ne discuterons pas pourquoi, dans tous ces cas, le forceps est toujours préférable à la version. Indépendamment des risques moins nombreux qu'il fait courir à l'enfant, on doit toujours se rappeler que la présentation du sommet est une circonstance favorable qu'il ne faut pas laisser échapper, et qu'il vaut mieux que l'accouchement, artificiel ou non, se termine par le sommet.

Si l'on admet que dans les rétrécissements, ceux surtout où le

bassin a perdu sa symétrie, un seul côté du détroit supérieur est utilisé pour le passage de la tête, il est évident que par la version on tend à engager cette dernière précisément dans le côté opposé, qu'elle ne pourra pas certainement franchir, puisque l'autre, plus grand, ne la laisse passer que difficilement.

En résumé, nous voyons que dans les cas les plus graves il y a une indication dominante tirée d'accidents plus graves que la chute d'un membre ; dans les autres, l'expectation sera la meilleure conduite à tenir, à moins que la réduction ne soit facile et presque spontanée. On devra toujours se garder de tirer sur les membres prolabés.

CHAPITRE IX.

HISTORIQUE.

L'historique de la question de la procidence des membres n'est que l'histoire de la façon dont on a remédié à cet accident ; c'est ce qui nous a engagé à le placer à la fin de ce travail, après le chapitre du Traitement.

Les anciens accoucheurs et Ambroise Paré et Guillemeau, n'ont parlé que des procidences complètes du bras, qu'ils rapportent toujours à une présentation de l'épaule. Ils amputaient le membre dans le but de se donner plus de facilité pour aller chercher les pieds et terminer l'accouchement. Ils ne paraissent pas avoir remarqué les autres procidences.

Il faut arriver à Mauriceau (1621) pour trouver «le moyen d'aider la femme dans l'accouchement où l'enfant présente une ou deux mains avec la tête ¹ ». Il conseille, si les membranes ne sont pas encore rompues, d'empêcher la main de s'avancer en même temps que la tête, et, quand les eaux se sont écoulées et que

¹ Traité des Maladies des femmes grosses, liv. II, chap. xix, 7^e édit., pag. 307.

les parties sont plus fortement engagées, de faire remonter les membres en procidence et d'attendre une douleur qui, appuyant la tête sur le pourtour du détroit supérieur, leur ferme toute issue pour s'échapper au dehors.

C'est dans *l'Eschole méthodique et parfaite des sages-femmes*, de Gh. de Saint-Germain (1650), que nous trouvons le singulier précepte de toucher la main en procidence avec un linge mouillé, pour que l'enfant la retire, à cause de l'impression désagréable de froid.

Peu (1644) veut que l'on cherche à réduire tout membre prolabé; mais il ne tient pas compte de la présentation.

Il y a dans de la Motte (1721) un chapitre où la procidence du bras à côté de la tête est nettement signalée. Il trouva ¹ « que la tête de l'enfant poussait le bras qui faisait cette embarrure au passage, de même qu'une personne qui dort son bras sur la tête ». Il fait remarquer les complications qui surviennent alors, la tuméfaction considérable de la tête et du membre prolabé, ainsi que leur enclavement. Cette observation est rapportée dans le chapitre « de l'accouchement où l'enfant se présente dans une situation extraordinaire dont le bras est la principale partie », et où il s'agit surtout de présentations où l'enfant vient de travers, c'est-à-dire de présentations du tronc. Il n'y a, d'après lui, dans tous ces cas, d'autre conduite à tenir que de faire la version podalique.

Dans un autre chapitre, il est question de la présentation d'une main avant la rupture des membranes et l'écoulement des eaux. De la Motte paraît avoir remarqué que cet accident survenait de préférence dans les accouchements avant terme.

Il relate des cas (Obs. cccr, cccr, cccxviii) où les pieds se présentaient à côté de la tête, et (Obs. cccxvi) où la main était avec la face.

Deventer (1734), sans distinguer nettement la présentation de

¹ De la Motte; Traité des accouchements, Obs. cclxx, pag. 487.

l'épaule et celle du sommet, remarque cependant que, « comme la main de l'enfant est ordinairement près de la tête, il ne faut pas s'étonner qu'elle se trouve à l'orifice avant ou avec elle ». Il considère l'obliquité de l'utérus comme pouvant être la cause de cet accident. Il est grand partisan de la méthode qui consiste à toucher avec un corps froid, à pincer, à chatouiller la main de l'enfant pour l'engager à la retirer ; ces préceptes, tournés plus tard en ridicule, prouvent qu'il a observé de ces cas où la main n'est qu'une partie très accessoire de la présentation et où elle disparaît facilement après avoir été sentie pendant quelque temps. Si la procidence est complète et les membranes rompues, il veut, comme de la Motte, que l'on aille chercher l'enfant par les pieds.

Pour Dionis, qui a publié à la même époque un *Traité général des accouchements*, la présentation de la main est toujours celle de l'épaule ; il signale la possibilité de présentations simultanées des mains et des pieds sans citer de cas à l'appui.

Astruc (1781) a noté combien les procidences incomplètes étaient les plus fréquentes dans les présentations du sommet ; il recommande en pareil cas de laisser l'accouchement suivre sa marche naturelle chez les multipares ; il veut même qu'on étende complètement le bras de façon que le coude ne fasse point d'angle saillant.

Si l'on a affaire à une primipare ou si l'on craint que cette complication ne vienne sérieusement entraver la marche du travail, il faudra faire coucher la femme à plat et même les fesses plus élevées que les épaules, repousser l'enfant vers le fond de la matrice, et chercher alors à réduire le membre prolabé. C'est la version qui doit être employée quand l'état de la mère ou du fœtus demande que l'accouchement soit rapidement terminé.

Deleurye (1778) a recherché les causes de la position (procidence) du bras à l'orifice de la matrice ; ce sont, d'après lui, son obliquité et la grande quantité de liquide amniotique. Il enseigne que ce n'est pas toujours à des présentations de l'épaule que l'on

a affaire et que l'on peut souvent sentir la tête à l'orifice du col. Il faut toujours chercher à réduire les membres, même quand les eaux se sont écoulées depuis longtemps, que le bras est tuméfié, sphacélé même. Il recommande d'éviter le décollement de la matrice et du vagin, qui peut arriver lorsqu'on tente la réduction sans précautions. Si on ne peut réduire, il veut qu'on termine l'accouchement par la version, comme dans les présentations de l'épaule.

Avec Baudelocque (1799), nous entrons dans une période où les procidences des membres sont mieux étudiées et où l'on observe avec soin les diverses circonstances dans lesquelles elles se produisent. Ce célèbre accoucheur a reconnu que, quand la main s'engage avec une présentation autre que celle de l'épaule, c'est presque toujours la tête qu'elle accompagne, qu'elle ne s'oppose pas à ce que l'accouchement se termine naturellement si la femme est bien conformée, et que souvent une extrémité que l'on a pu sentir au commencement du travail s'est retirée au moment de l'expulsion. Cependant il conseille de la repousser, ou du moins de l'empêcher pendant un instant de descendre ; elle reprendra sa place normale toute seule. Le traitement des procidences plus graves entre ici dans une nouvelle phase : le forceps est connu et Baudelocque cite deux observations d'avant-bras pris entre la tête et le pubis, où l'application de cet instrument lui a permis de terminer rapidement des accouchements qui traînaient en longueur. Il s'élève fortement contre ceux qui avaient essayé de remettre en honneur l'amputation du bras prolabé, sous prétexte que la présence de ce bras dans le vagin empêchait l'application de tout autre moyen.

On voit que Baudelocque a émis les idées les plus justes au sujet de cet accident et de la manière de le traiter ; mais il paraît que ces idées, renouvelées cependant de Mauriceau et de la plupart des auteurs du siècle précédent, étaient loin d'avoir cours parmi les accoucheurs et les sages-femmes de l'époque, puisqu'on

voit après lui Gardien et Capuron se croire obligés de rappeler l'inutilité de l'amputation ou de l'arrachement du membre prolabé quand l'accouchement ne peut pas se terminer en tirant directement sur ce membre.

Depuis Baudelocque, les accoucheurs sont en général d'accord sur la bénignité des procidences légères et sur l'inutilité des manœuvres répétées de réduction. Quant au traitement des procidences plus graves, si la rétropulsion est devenue inutile, nous avons vu que le forceps était le moyen le plus souvent employé, en France du moins. Les accoucheurs anglais et allemands préfèrent la version.

Nous ne ferons que rappeler ici cette grande discussion. On sait que dans les cas de dystocie en général, le forceps est employé par nos Maîtres parce qu'il sert le mieux les intérêts de la mère et de l'enfant. Ils considèrent la version comme une dernière ressource permettant de retirer l'enfant encore vivant quand l'application du forceps est impossible ou trop laborieuse. Cette impossibilité se présente le plus souvent dans les procidences, soit parce que la tête est trop engagée et comprimée par les membres, soit au contraire parce qu'elle est trop mobile au-dessus du détroit supérieur.

Cette question est traitée plus ou moins longuement dans tous les ouvrages complets d'obstétrique parus depuis le commencement du siècle. Voici ceux que nous avons pu consulter à ce sujet.

M^{me} BOIVIN. — Mémorial de l'art des accouch. Paris, 1812.

M^{me} LACHAPELLE, qui a consacré son Mémoire IX aux Procidences.

VELPEAU. — (Traité d'accouch. Paris, 1835, pag. 347). Il ne veut pas que l'on pratique la version dans aucun cas.

MOREAU. — (Traité prat. des accouch. 1841). — Il recommande en particulier de toujours réduire le bras dans une direction qui lui permette de le ployer au-devant de la face antérieure du fœtus et non en arrière, car on s'expose à le fracturer.

JACQUEMIER. (Manuel des accouch. Paris, 1846), qui signale toutes les combinaisons possibles des membres en procidences.

CAZEAUX.— Traité d'accouchements.

CHAILLY-HONORÉ.— Traité d'accouchements.

SCHROEDER.—Traité d'accouchements

NOEGELÉ et GROENSER.—Ces auteurs sont assez partisans de la version; ils citent deux observations d'enfants de plus de 4 kilog. extraits par ce moyen.

BARNES Robert.— Opérations obstétricales. 1873.

STOLTZ. Dict. de méd. et de chir. prat., tom XII., article *Dystocie*.

DEPAUL.— Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1872.

RUBÉ.— Des procidences des membres comme complications des présentations de l'extrémité céphalique. Th. Paris, 1872.

RUBÉ.— Archives de Tocologie, janvier et février 1877.

CHARPENTIER.— Traité d'accouch. Paris, 1883, tom. II.

Vu:

Le Président-Censeur,

DUMAS.

Vu, bon à imprimer;

Le Doyen,

J. BENOIT.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie.

G. CHANCEL

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique médicale.

De la vision binoculaire.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Définir le fruit et faire connaître les différentes parties dont il se compose.

Anatomie.

De la structure de la rétine.

Anatomie Pathologique et Histologie.

Quelle est l'organisation de la prostate ?

Physiologie.

Des fonctions de l'ovaire.

Pathologie médicale ou interne.

Quelle est la marche naturelle de la pneumonie franche ?

Pathologie chirurgicale ou externe.

Des pansements à l'alcool et à l'aide de teintures alcooliques.

Thérapeutique et Matière médicale.

De l'ergot de seigle et de ses indications.

Opérations et Appareils.

De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin.

Médecine légale et Toxicologie.

De la superfétation.

Hygiène.

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

Accouchements.

De l'hémorrhagie utérine au dernier terme de la grossesse.

Clinique interne.

Des récidives dans les fièvres intermittentes et des moyens de les prévenir.

Clinique externe.

Du diagnostic des tumeurs.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

Du délire des actes chez les aliénés.

Titre de la Thèse à soutenir.

Des procidences des membres dans les présentations du sommet et de la face.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
